

„ჯანმრთელობის ხელშეწყობის“ 2016 წლის სახელმწიფო პროგრამის კომპონენტის („ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პოპულარიზაციისა და გაძლიერების კომპონენტი“) ფარგლებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მიზნით თვისობრივი კვლევა

---

ანგარიში

დეკემბერი 2016

შემსყიდველი:

ს.ს.ი.პ. "ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი"

განცხადების ნომერი:

**SPA160026046**

განმხორციელებელი  
ორგანიზაცია:

შპს „გამოყენებითი კვლევების კომპანია ეი არ სი“ (ARC)

## დოკუმენტის შესახებ

წინამდებარე დოკუმენტში მოცემულია გამოყენებითი კვლევების კომპანიის მიერ განხორციელებული თვისებრივი კვლევის შედეგები მენტალური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ საზოგადოების ცოდნა / დამოკიდებულება / ქცევის შესახებ. ტექნიკურ ანგარიშში აღწერილია კვლევის პერიოდში განხორციელებული საქმიანობები, გამოყენებული მეთოდოლოგია. დოკუმენტში ასევე მოცემულია კვლევის ძირითადი შედეგები. ანგარიშს თან ახლავს ფოკუს ჯგუფების /ინტერვიუების საკითხები თითოეული სამიზნე ჯგუფისთვის. კვლევა განხორციელდა 2016 წლის ნოემბერ/დეკემბრის პერიოდში.

## ტექნიკური ანგარიში

### კვლევის მიზანი

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა, ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2013 წლის სტრატეგიით გათვალისწინებულ საკომუნიკაციო-საგანმანათლებლო კამპანიების სტრატეგიული მიმართულებების, საგანმანათლებლო მასალებისა და გზავნილების შემუშავებისთვის, მოსახლეობის განათლების პრიორიტეტულ თემების იდენტიფიკაცია. კვლევის ძირითადი მიგნებების და რეკომენდაციების გათვალისწინება საკომუნიკაციო-საგანმანათლებლო კამპანიისთვის.

### კვლევის ამოცანები

კვლევის ამოცანას წარმოადგენდა საზოგადოებაში, სამედიცინო, საგანმანათლებლო დაწესებულებებში მენტალურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სტიგმა დისკრიმინაციის შესახებ ინფორმაციის მოპოვება; მენტალურ და ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის შეფასება.

ამოცანიდან გამომდინარე გამოყოფილი იყო კვლევის შემდეგი საკითხები სხვადასხვა სამიზნე ჯგუფების მიხედვით:

<p><b>სამიზნე ჯგუფი:</b> 6 წლამდე ასაკის ბავშვების მშობლები (როგორც მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების დადასტურებული სტატუსის ასევე ჯანმრთელი ბავშვების)</p> <p><b>საკვლევი საკითხები:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. სამიზნე ჯგუფის ცოდნა დამოკიდებულება და ქცევის შეფასება შემდეგი საკითხების შესახებ: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ორსულთა და დედათა მენტალური ჯანმრთელობა;</li> <li>• ბავშვთა თანდაყოლილი ანომალიების განვითარების პრევენცია;</li> <li>• ბავშვთა ასაკის მსუბუქი და საშუალო ხარისხის მენტალური განვითარების პრევენცია და კონტროლი;</li> <li>• ბავშვთა მენტალური განვითარება;</li> <li>• სახელმწიფოს მიერ განხორციელებული პრევენციული სერვისები;</li> </ul> </li> <li>2. საზოგადოებაში, სამედიცინო და სხვა პროფილის დაწესებულებებში (მ.შ. განათლების სისტემაში) მენტალურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სტიგმა დისკრიმინაციის შესახებ ინფორმაციის მოპოვება;</li> </ol>
<p><b>სამიზნე ჯგუფი:</b> ზრდასრული მოსახლეობა</p> <p><b>საკვლევი საკითხი:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• მენტალური ჯანმრთელობისა (მ.შ. ინტელექტუალური და ფსიქიკური ჯანმრთელობა) და მასთან დაკავშირებული სტიგმა დისკრიმინაციის შესახებ ცოდნა-შეხედულება-ქცევაზე ინფორმაციის მოპოვება;</li> </ul>
<p><b>სამიზნე ჯგუფი:</b> დარგის სპეციალისტები (ფსიქიატრები, ფსიქოლოგები, ექსპერტები, საადვოკაციო ჯგუფი, ოჯახის ექიმები)</p> <p><b>საკვლევი საკითხი:</b></p>

- ბავშვებსა და ზრდასრულებში მენტალური პრობლემების პრევენციის, დროული გამოვლენის და მართვის შესახებ ცოდნის, შეხედულება ქცევა

### მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდად თავდაპირველად გათვალისწინებული იყო მხოლოდ ფოკუს ჯგუფების გამოყენება. თუმცა, იმის გამო, რომ ზოგიერთი სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენლების დასწრება ფოკუს ჯგუფზე ვერ მოხერხდა (ფსიქიატრები, პირველადი ჯანდაცვის წარმომადგენლები) მათი დაკავებულობის გამო, ფოკუს გამოყენებული იქნა ინტერვიუების მეთოდიც. კვლევის დიზაინის ასეთ ცვლილებით, კვლევის შედეგების ინფორმატიულობა გაიზარდა, თითოეული ინტერვიუ გრძელდებოდა 40წთ-დან 1,5 სთ-მდე და დარგის სპეციალისტებს მიეცათ შესაძლებლობა კვლევის საკითხებზე გამოეთქვათ საკუთარი მოსაზრება ინდივიდუალურად.

ფოკუს-ჯგუფების ხანგრძლივობა მერყეობდა 1 სთ-დან 2 სთ-მდე. ფოკუს-ჯგუფებში მონაწილეები აქტიურად იყვნენ ჩართული დისკუსიაში, რადგან თემა ყველა სამიზნე ჯგუფისთვის აქტუალური და საინტერესო იყო.

ფოკუს ჯგუფის შერჩევისას დაცული იქნა შემდეგი აუცილებელი პირობა:

- მონაწილე პირები არ იყვნენ ერთი ოჯახის წევრები;
- სპეციალისტების ჯგუფის მონაწილეების უმეტესობა მუშაობდნენ სხვადასხვა დაწესებულებაში;
- მოსახლეობის ჯგუფის მონაწილეები არ იყვნენ სამედიცინო სფეროს წარმომადგენლები.

### კვლევის გეოგრაფიული არეალი იყო თბილისი

ქვემოთ მოცემულია ჩატარებული ფოკუს ჯგუფების შემადგენლობა და რაოდენობა, ასევე ჩატარებული ინტერვიუების რაოდენობა.

სამიზნე ჯგუფი	ჩატარებული
1-6 წლამდე ასაკის მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემის დადასტურებული სტატუსის მქონე ბავშვთა დედები თბილისში;	1
1-6 წლამდე ასაკის ჯანმრთელ ბავშვთა დედები	1
ფსიქიკური აშლილობის და ფსიქოსოციალური უნარშეზღუდულობის მქონე პირთა ოჯახის წევრები	2

18-30 წლის მოსახლეობა	2
30-60 წლის მოსახლეობა	2
პირველადი ჯანდაცვის დარგის სპეციალისტები	5 ინტერვიუ
ფსიქიატრები	1 ფოკუს ჯგუფი, 3 ინტერვიუ
ექსპერტები / საადვოკაციო ჯგუფი	1 ფოკუს ჯგუფი, 1 ინტერვიუ
სოციალური მუშაკები	1 ფოკუს ჯგუფი

### **კვლევის მიმდინარეობის აღწერა**

#### **1. კვლევის საკითხთან დაკავშირებული მასალების / დოკუმენტების გაცნობა**

კვლევის ჯგუფი გაეცნო შემდეგ დოკუმენტებს:

- საქართველოს მთავრობის დადგენილება „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტის და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმის“ დამტკიცების შესახებ;
- „საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სამოქმედო გეგმა 2014-2020“.

#### **2. ფოკუს ჯგუფების ინსტრუმენტების, გაიდების შემუშავება**

მოსამზადებელ ეტაპზე შემუშავდა ფოკუს ჯგუფის სახელმძღვანელოები. სულ შემუშავდა 4 სახის სახელმძღვანელო. (იხ. დანართები). ფოკუს ჯგუფის სახელმძღვანელოების სამუშაო ვერსიები გადაეგზავნა დესჯეც-ს წარმომადგენლებს განხილვისთვის და კომენტარებისთვის. მიღებული შენიშვნები გაზიარებული იქნა სამუშაო ჯგუფის მიერ.

#### **3. ფოკუს ჯგუფების მონაწილეთა რეკრუტინგი**

ჯგუფური დისკუსიაზე სპეციფიური ჯგუფების (ექსპერტები, ექიმები). მოწვევისთვის მომზადდა ოფიციალური წერილი „დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრის“ მიერ, თხოვნით შესაბამის ჯანდაცვის დაწესებულებებს აღმოეჩინათ დახმარება კვლევითი გუნდისთვის. ფსიქიკური აშლილობის და ფსიქოსოციალური შეზღუდულობის მქონე პირთა ოჯახის წევრების მოწვევისთვის თხოვნით მივმართეთ შესაბამის დღის ცენტრებსა და ფსიქიატრიულ სტაციონარს.

**4. ფოკუს ჯგუფების და ინტერვიუების ჩატარება**

კვლევის ფარგლებში ჩატარდა 12 ფოკუს ჯგუფი და 9 ინტერვიუ. შეხვედრების მიმდინარეობა იწერებოდა აუდიო მატარებელზე.

**5. ინფორმაციის დამუშავება და ანალიზი**

ფოკუს ჯგუფების და ინტერვიუების ჩატარების პარალელურად ხდებოდა ჩანაწერების გაშიფვრა და ე.წ. ტრანსკრიპტების მომზადება.

**6. კვლევის ანგარიშის სამუშაო ვერსიის მომზადება**

მიღებულ ინფორმაციაზე დაყრდნობით მომზადდა კვლევის ანგარიშის სამუშაო ვერსია.

## ძირითადი დასკვნები

საზოგადოება, რომელთაც პირადი შეხება არა აქვთ მენტალური/ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებთან, არაინფორმირებულია აღნიშნული თემის შესახებ: ნაკლებად იცნობს სამედიცინო პრობლემას, მწირი ინფორმაცია აქვს მენტალური/ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების, დაავადებების სიმპტომების შესახებ, არ იცის როგორ შეიძლება პრობლემის ამოცნობა ოჯახის წევრსა თუ ახლობელ ადამიანში. საზოგადოები უმეტესობამ არ იცის შესაძლებელია თუ არა მენტალური პრობლემების პრევენცია და მართვა

## კვლევის შედეგები

*მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების შესახებ ცოდნა (მათ შორის ინტელექტუალური და ფსიქიკური ჯანმრთელობა) და მასთან დაკავშირებული სტიგმა დისკრიმინაცია*

### საზოგადოების ინფორმირებულობის დონე მენტალური ჯანმრთელობის შესახებ

საზოგადოების ინფორმირებულობის დონე მენტალური ჯანმრთელობის შესახებ დაბალია. საზოგადოება არაინფორმირებულია:

- მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების შესახებ;
- დაავადებების სიმპტომების შესახებ;
- დაავადების/პრობლემის მათი პრევენციის გზების შესახებ;
- დაავადების/პრობლემის მართვის შესახებ;
- მენტალური/ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების შესახებ.

ფოკუს-ჯგუფების წევრების დიდმა ნაწილმა არ იცის არც ერთი მენტალური/ფსიქიკური შეფერხების/დაავადების სახელი. საზოგადოების უმრავლესობა ყველა ტიპის ფსიქიკურ აშლილობას შიზოფრენიას უწოდებს, მენტალურ შეფერხებას კი დაუნიაზმს. მათ შორის ვინც მეტად იყო ინფორმირებული პრობლემის შესახებ, ძირითადად შემდეგი ფსიქიკური აშლილობები დაასახელეს: შიზოფრენია, ნევროზი, ფსიქოზი, კლექტომანია და დეპრესია. ფოკუს-ჯგუფის მონაწილეების შეფასებით პრობლემის შესახებ ბოლო დროს ცოტა უფრო მეტადაა საზოგადოება ინფორმირებული, მაგრამ ეს ინფორმირებულობა უფრო „თვითინფორმირებაა“, ცდილობენ გაიკითხონ, ინტერნეტში წაიკითხონ და ა.შ. მაგრამ ეს ინფორმაცია არ არის საკმარისი.

დისკუსიების მონაწილეებს გაუჭირდათ გახსენება საიდან იღებენ ინფორმაციას მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების შესახებ, ქართულ მედია სივრცეში

იშვიათია მენტალურ ჯანმრთელობაზე გადაცემები, სიუჟეტები. საკითხზე ფოკუსირების შემდეგ გამოიკვეთა მოსაზრება, რომ მოსახლეობა ინფორმაციას უფრო მეტად ზეპირსიტყვიერად ნაცნობებისგან, ფილმებიდან, სერიალებიდან ან უცხოური გადაცემებიდან იღებენ. საზოგადოება ნაკლებად ეძებს ინფორმაციას აღნიშნული თემის შესახებ და მხოლოდ დაავადების სახელის გაგების შემდეგ თუ ინტერესდებიან და ეძებენ ინფორმაციას ინტერნეტში.

დისკუსიის მონაწილეები დადებითად აფასებენ იმ ფაქტს, რომ ბოლო დროს ქართულ ტელესინრცეში მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები გამოჩნდნენ. მაგალითისთვის მოჰყავთ ტვ შოუ „X ფაქტორის“ ერთ-ერთი წამყვანი გიგო, პოპულარული სერიალის „ჩემი ცოლის დაქალების“ პერსონაჟი ირაკლი.

ფოკუს-ჯგუფებმა აჩვენა, რომ ახალგაზრდები მეტად არიან ინფორმირებული მენტალური ჯანმრთელობის შეფერხების მქონე ადამიანების შესახებ, ვიდრე ასაკოვანი ადამიანები. მენტალური განვითარების შეფერხების მქონე ადამიანების შესახებ ინფორმაცია ახალგაზრდების ჯგუფებში მონაწილეთა ნაწილს სკოლიდან აქვთ. ზოგს კლასელი ჰყავდა, ზოგს კი სკოლელი შშმ პირი და ა.შ. შესაბამისად ახალგაზრდები მეტად ავლენენ დადებით დამოკიდებულებას ამ პირების მიმართ, ვიდრე ასაკოვანი ადამიანები.

საზოგადოების წარმომადგენლებს როგორც ახალგაზრდებს, ასევე ასაკოვან ადამიანებს, ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირებზე, უმეტესად ფსიქიკური დაავადების მძიმე ფორმების მქონე აგრესიული პირების ასოციაცია აქვთ, ეშინიათ მათი.

შეჯამებისთვის უნდა ითქვას, რომ მენტალური/ფსიქიკური პრობლემების შესახებ საზოგადოების დიდ ნაწილს ინფორმაცია არა აქვს, რაც აქვს არასაკმარისია და ინფორმაციის წყარო უმეტესად ნაცნობ-მეგობრები, უცხოური ფილმები ან თავად მენტალური/ფსიქიკური პრობლემების მქონე ის ადამიანები არიან, რომელსაც შორიდან იცნობენ.

აღსანიშნავია, რომ ფოკუს ჯგუფების ის მონაწილეები, რომლებსაც რაიმე სახის ნაცნობობა აკავშირებდა მენტალური პრობლემების მქონე პირებთან, ბევრად დადებით დამოკიდებულებას ავლენენ მათ მიმართ და მეტად არიან ინფორმირებულნი, ვიდრე ისინი, ვისაც მხოლოდ შორიდან ჰქონია შეხება მათთან.

*„სანამ უშუალოდ შევხვდებოდი ამ ადამიანებს სულ სხვანაირად ვფიქრობდი, შემდეგ შემეცვალა აზრი. ძალიან სხვანაირად უნდა შეხედო, მიდგომა უნდა ისწავლო. მე მყავს სანაცნობოში მენტალური პრობლემების მქონე ადამიანი, ისეთი მიდგომა შევარჩიე, რომ საერთოდ მავიწყდება, რომ*



*რაიმე პრობლემები აქვს. უშუალოდ როცა ხვდები ადამიანს, გაცილებით ლოიალური ხდები მაშინ.“*

*ფოკუს ჯგუფის მონაწილე 30-60 წელი*

### საზოგადოების ინფორმირებულობა შესაბამისი სამედიცინო სერვისების შესახებ

საზოგადოების ინფორმირებულობა საკმაოდ დაბალია არამარტო დაავადებების და მისი სიმპტომების შესახებ, არამედ ფსიქიატრიული სერვისების, შესაძლო მკურნალობის, მედიკამენტების, ექიმების შესახებ. ფოკუს ჯგუფის მონაწილეები აცხადებდნენ, რომ თუ საჭიროება დაუდგებათ, არ იციან რა შემთხვევაში რომელ სპეციალისტს მიმართონ.

ფოკუს ჯგუფის მონაწილეებს გაუჭირდათ იმ კონკრეტული სიმპტომების დასახელება, რა შემთხვევაშიც უნდა შეიტანონ ეჭვი დაავადებაზე და მიმართონ ფსიქიატრს. ფოკუს-ჯგუფზე ვთხოვდით მონაწილეებს დაესახელებინათ ის სიმპტომები, რომელიც მათი აზრით ფსიქიკური აშლილობის დროს ვლინდება. სიმპტომებს შორის დასახელდა:

- ჰალუცინაციები;
- აკვიატებული აზრები;
- შიშები;
- აგრესია;
- ღამის კოშმარები.

როგორც აღმოჩნდა საკმაოდ დაბალია დარგის სპეციალისტების ცნობადობაც. მონაწილეებს გაუჭირდათ ცნობადი ფსიქიატრების გახსენება, ერთადერთი, ვისი გახსენებაც შეძლეს, იყო ავლიპ ზურაბაშვილი და მისი შვილიშვილი.

*„არ ვიცი ვინ არიან ფსიქიატრები, დახურული კონტიგენტია, მე შემოდლია ვთქვა კარგი ქირურგის გვარი, ონკოლოგის გვარი. და ფსიქიატრი არ მახსენდება არც ერთი“.*

*ფოკუს ჯგუფის მონაწილე 30-60 წელი*

*„თუ დამჭირდა არც ვიცი ვის უნდა მივმართო, ვინაა კარგი ფსიქიატრი, ფსიქიატრები უნდა გამოვიდნენ ჩრდილიდან, უნდა გახდნენ ცნობადები“.*

*ფოკუს ჯგუფის მონაწილე 30-60 წელი*

დისკუსიის მონაწილეებს ფსიქიატრიული კლინიკების შესახებაც გაუჭირდათ ინფორმაციის გახსენება. აბსოლუტურ უმრავლესობას ახსოვდა, რომ არსებობდა ფსიქიატრიული ასათიანის ქუჩაზე (მოიხსენიებენ როგორც „ასათიანს“ „საგაიქეთს“), რომელიც ახლა აღარ არსებობს, თუმცა ამჟამად სად შეიძლება ფსიქიატრიული სერვისების მიღება, უმრავლესობამ არ იცოდა. ნაწილს ჰქონდა გაგებული ქავთარაძის ქუჩაზე და გლდანში არსებულ დაწესებულებების შესახებ.

ფოკუს ჯგუფის მონაწილეების აზრით მოსახლეობა ხშირად ურევს ფსიქოლოგს და ფსიქიატრს. ფსიქიატრების მიმართ ისევე, როგორც ფსიქიკური პრობლემების მიმართ, საზოგადოებას აქვს დაბალი მიმდებარება და ფსიქიატრიული პრობლემით ადამიანი უმეტესად ფსიქოლოგთან, ფსიქოთერაპევტთან, ფსიქონევროლოგთან მიდის და არ მიდის ფსიქიატრთან.

ფოკუს ჯგუფის წევრები დისკუსიის შედეგად მივიდნენ დასკვნამდე, რომ ფსიქიატრიული სერვისი ისეთივე სერვისია, როგორც სხვა სამედიცინო სერვისი, თუმცა ამის გაცნობიერება ჯგუფზე მოუწიათ. დისკუსიის დასაწყისში, ისინი ფსიქიატრიაზე, როგორც ყველაზე საშიშ სფეროზე საუბრობდნენ. ფოკუს-ჯგუფების მონაწილეების უმეტესობა, საჭიროების შემთხვევაში კი მიაკითხავს ფსიქიატრს, თუმცა ყველაზე ბოლოს, მანამდე შეეცდება მივიდეს ნევროლოგთან, ფსიქოლოგთან და მხოლოდ ბოლოს ფსიქიატრთან.

დისკუსია გაიმართა საკითხზე - ფსიქიატრიული პრობლემა განსხვავდება თუ არა სხვა დაავადებებისგან. მონაწილეთა აზრით რადგან დაავადება არ არის დაკავშირებული არც ერთ ორგანოსთან, სულთანაა დაკავშირებული და ამიტომ არის ყველაზე საშიში, „დაავადებული სული განუკურნებელია“.

## საზოგადოების წარმოდგენები მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების გამომწვევი მიზეზების შესახებ

მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების შესახებ არაინფორმირებულობის და ამ პრობლემებისადმი სტერეოტიპული დამოკიდებულების ერთ-ერთი გამოვლინებაა საზოგადოების წარმოდგენები ფსიქიკური აშლილობის გამომწვევი მიზეზების შესახებ.

ფსიქიკური აშლილობის მიზეზების ძებნისას ხდება პრობლემის გარეთ გატანა. საზოგადოებაში გავრცელებული მოსაზრებებით ფსიქიკური აშლილობის მიზეზებია:

- გენეტიკა;
- მძიმე სოციალური ფონი;
- ცხოვრებისეული სირთულეები / სტრესი/ნერვიულობა;
- "ჯარში გააგიჟეს";
- ლიბიდო / უქალობა / უკაცობა;

გარდა რაციონალური მიზეზებისა, ჯგუფებზე, ასევე დასახელდა ირაციონალური მიზეზები, როგორიცაა:

- "ბევრი სწავლით გაგიჟება";
- ჯადო;
- ავი სულებით შეპყრობილობა;
- "წინაპრების დიდი ცოდვის გამო გაგიჟება".

დისკუსიის ის მონაწილეები, რომლებიც ირაციონალურ მიზეზებზე საუბრობდა, დარწმუნებულნი არიან, რომ ასეთ პაციენტებს შველის კარგ მოძღვართან ურთიერთობა, „კვეთებულის ლოცვების მოსმენა“. ისინი ამბობენ, რომ პირადად ყოფილან შემსწრე ასეთი განკურნების.

*„მე მყავდა მეზობელი, დევის მანია ჰქონდა, ჩავიყვანე მოძღვართან სიონში. მოძღვარმა უთხრა, რომ ეშმაკისეულიაო. ის რომ ლოცვა, აღსარება და ზიარების თქმა საკურნებელია, ამაში ერთი წამით ეჭვი არ მეპარება“.*

*ფოკუს ჯგუფის მონაწილე 30-60 წელი*

მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირის ოჯახის წევრები აცხადებენ, რომ მას შემდეგ რაც ნაცნობებისთვის /ახლობლებისთვის ცნობილი ხდება ოჯახის წევრის დაავადების შესახებ, ხდება გენეტიკური მიზეზის ძებნა:

*„ყველაზე გამაღიზიანებელი ის კითხვაა, როცა გეუბნებიან ვინმე გყავდათ ასეთი?“*

*ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირის ოჯახის წევრი*

*„ჩემი დედამთილი დამძახოდა, რომ ჩვენ გენეტიკაში არ გვაქვს ასეთი არაფერი, შენ გექნებოდა გვარშიო. მე გენეტიკური ანალიზიც გავიკეთე და გენეტიკური არაფერი არ აქვს ჩემს შვილს.“*

*მშობელი*

გენეტიკური ფაქტორის გაზვიადება /არასწორი გაგება არის ფსიქიკური/მენტალური პრობლემების დამალვის ერთ-ერთი მიზეზიც. ოჯახში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირის ყოლა, მისი ახლო ნათესავის (დედმამიშვილი/შვილი/მმისშვილი/დისშვილი) დაოჯახების ხელი შემშლელია და ითვლება, რომ ასეთი ოჯახთან დანათესავება არასასურველია.

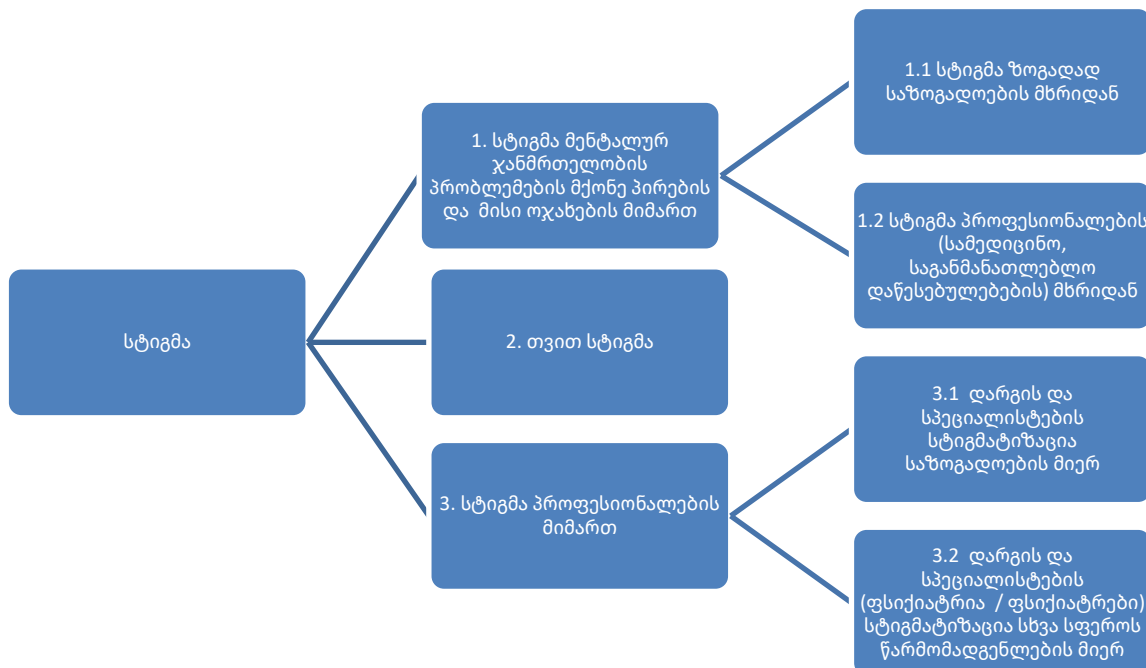
*„გენეტიკის როლი ძალიან გაზვიადებულია ჩვენს თაობაში, ასე გაგვზარდეს. ანუ ჩვენ გვაკლია განათლება.“*

*ოჯახის წევრი*

სპეციალისტები აცხადებენ, რომ მართალია მძიმე ფსიქიკურ აშლილობებს აქვთ გენეტიკური საფუძველი, თუმცა საზოგადოების მიერ გენეტიკური ფაქტორი არასწორადაა ინტერპრეტირებული. როგორც წესი გენეტიკურ საფუძველზე აპელირება ხდება სხვაზე გადაბრალებისა და დადანაშაულებისას (დედამთილ/მამამთილი, სიდედრ/სიმამრი), ესაა დამნაშავეს ძიების „ჩვენ არაფერ შუაში ვართ, გვარში არავინ გვყოლია“ პოზიცია და არა პრობლემის მოგვარებაზე ორიენტირება. სპეციალისტების აზრით საზოგადოებამ ცოტა რამ იცის ფსიქიატრიაზე. საზოგადოების საგანმანათლებლო მიმართულებით არასდროს არაფერი გაკეთებულა. საბჭოთა პერიოდში ფსიქიატრიული კლინიკა ჩაკეტილი ინსტიტუცია იყო. ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ინფორმაცია არ არის განათლების ნაწილი, არ ხდება ამ საკითხებზე ყურადღების გამახვილება არც სკოლებში, არც უნივერსიტეტებში, შედეგად საზოგადოებამ არ იცის როგორ უნდა ამოიცილოს ფსიქიკური აშლილობა, ფსიქიკური დაავადება, როგორ უნდა მოიქცეს ასეთ შემთხვევაში. ადრეული ამოცნობის გარეშე კი ვერ მოხდება პრევენცია.

## სოციალური სტიგმა მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემებს მიმართ

სქემაში ფოკუს-ჯგუფების დისკუსიის შედეგებზე დაყრდნობით წარმოდგენილია ფსიქიკური/მენტალური ჯანმრთელობის მიმართ სტიგმის კომპონენტები.



## **1. სტიგმა მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების და მათი ოჯახების მიმართ**

### **1.1. საზოგადოებრივი სტიგმა**

საზოგადოების წარმომადგენლები, როდესაც საუბარს იწყებენ მენტალური/ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების შესახებ, პირველად საკუთარ ემოციაზე იწყებენ მინიშნებას და ამბობენ, რომ მათი ეშინიათ. განსაკუთრებით ეშინიათ ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანების.

დისკუსიებიდან ცხადი იყო, რომ განსხვავებული დამოკიდებულება არსებობს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებისა და გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე პირების მიმართ. გაცილებით მაღალია მიმღებლობა გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე ადამიანების მიმართ, ვიდრე ფსიქიკური დაავადების მქონე პირის მიმართ.

*„მენტალური შეფერხების მქონე ბავშვები თბილები არიან, თვითონ გინდება რომ მიხვიდე, ეკონტაქტო, ფსიქიკური დაავადების ადამიანთან სხვაგვარადაა საქმე. ისინი არაადექვატურები არიან და არ იცი როდის რას მოიმოქმედებენ.“*

*ფოკუს ჯგუფის მონაწილე 18-30 წელი*

*„თუ გონებრივი შეფერხების მქონე ბავშვებთან / ადამიანებთან ურთიერთობა ადამიანური გულისხმიერების, სიკეთის საკითხია, ფსიქიკური დაავადების მქონე პირებთან ურთიერთობა გარკვეულ ცოდნას საჭიროებს. შეიძლება ძალიანაც ვუთანაგრძნობდე ადამიანს, მაგრამ უბრალოდ არ ვიცი როგორ მივუდგე, როგორ ვესაუბრო, რისი თქმა შეიძლება და რისი არა“.*

*ფოკუს ჯგუფის მონაწილე 30-60 წელი*

გონებრივი განვითარების შეფერხებების მქონე პირების ოჯახის წევრები აღნიშნავენ, რომ საზოგადოების მხრიდან სხვადასხვაგვარ დამოკიდებულებს აწყდებიან, ერთი ნაწილი უგულვებელყოფს მათ, ხოლო მეორე ნაწილი ღიად გამოხატს შეცოდებას, რაც მათთვის ისევე გამაღიზიანებელია, როგორც უგულვებელყოფა. თვლიან, რომ პოზიტიული დისკრიმინაციის მსხვერპლები არიან.

*„ჩემს შვილს ხელის და ფეხის პრობლემა აქვს, როცა გადავდიოდით ქუჩაზე, ყველა ამბობდა შეხედე, რა საცოდავიო*

და ა.შ. მე ამ დროს ძალიან ცუდად ვგრძნობ თავს, წნევა მიწევს ნერვიულობისგან.“

მშობელი

ნაწილი მშობლებისა თავად თვლის, რომ გადამეტებული ყურადღება მათი შვილების მიმართ საზოგადოების მხრიდან პოზიტიურია და მოსწონთ ის ფაქტი, რომ სულ უფრო ხშირად ხვდებიან თანაგრძნობას და დამხარების შემოთავაზებას ქუჩაში.

*„ახლა ჩემი აზრით უფრო დათბა სიტუაცია ამ კუთხით. უფრო მეტ ყურადღებას აქცევენ ადამიანები ჩემს შვილს იმ კუთხით, რომ ხან გამიჯიუტდება ქუჩაში და არ მოდის და უცხო ახალგაზრდას უთქვამს ჩემთვის ხომ არ დაგეხმარო. არ ვიცი, შეიძლება მეტი ინფორმაცია აქვს ხალხს, ამ ბავშვების მეტი ინტეგრაცია საზოგადოებაში.“*

მშობელი

შეჯამებისთვის შეიძლება ითქვას, რომ საზოგადოება ფსიქიკური/მენტალური პრობლემების მქონე ადამიანებს უგულვებელყოფს ან/და მათ მიმართ ნეგატიური დამოკიდებულებას ავლენს ან/და მათ მიმართ ავლენს პოზიტიურ დისკრიმინაციას. საზოგადოება განსხვავებულ დამოკიდებულებას ავლენს გონებრივი შეფერხების მქონე და ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების მიმართ - გონებრივი ჩამორჩენის მქონე ადამიანები ეცოდება, მაგრამ არ იცის, როგორ მოექცეს მათ სწორად, ხოლო ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების ეშინია და გაურბის.

## ოჯახების სოციალური იზოლაცია

ჯგუფურმა დისკუსიებმა ცხადყო, რომ ფსიქიკური/მენტალური შეფერხების მქონე ადამიანების ოჯახების უმეტესობა იზოლაციაში ექცევა, რაც გამოწვეულია საზოგადოებაში არსებული სტერეოტიპებით. საზოგადოების ის ნაწილი, რომელთაც არ ჰყავთ ფსიქიკური/მენტალური პრობლემების მქონე ოჯახის წევრი ერიდება ისეთ ოჯახებთან მეგობრობას, რომელთაც ჰყავთ ასეთი ოჯახის წევრები, რადგან არ არიან ინფორმირებული პრობლემის შესახებ და არ იციან როგორ მოიქცნენ. იციან რა ამ დამოკიდებულების შესახებ, ის ოჯახებიც, რომელთაც უჩნდებათ აღნიშნული პრობლემა, ამცირებენ სოციალურ კავშირებს.

დისკუსიების მონაწილეები აცხადებენ, რომ მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანი არის საზოგადოებისგან გარიყული, იზოლირებული,

მას როგორც კეთროვანს ისე ექცევიან, არსებობს შიში მათ მიმართ. ისინი მუდმივად აწყდებიან საზოგადოების მხრიდან გულგრილობას.

**ფსიქიკური აშლილობის** მქონე პირების ოჯახებს ხშირად მოიხსენიებენ „როგორც გიჟების ოჯახს“. ასეთ ოჯახებში სტუმრობას ერიდებიან, მხოლოდ ძალიან ახლობლები ინარჩუნებენ მათთან ურთიერთობას. თავად ოჯახის წევრებიც ცდილობენ შეზღუდონ კონტაქტები, სტუმრიანობა.

*„თუ ძალიან არ გიყვარს ადამიანი, თუ ძალიან ახლობელი არ არის, რთულია გაარღვიო ბარიერი. ფაქტიურად კედელი უნდა გაარღვიო, ძალიან მძიმეა. ისევე როგორც სხვა მძიმე დაავადების მაგალითად კიბოს შემთხვევაში, ასეთ ადამიანთან ურთიერთობაც ძალიან რთულია.“*

*ოჯახის წევრი*

თავად ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირის ოჯახის წევრები აცხადებდნენ, რომ მათი ოჯახის ცხოვრება მთლიანად შეიცვალა მას შემდეგ რაც დაავადებამ იჩინა თავი. თუ მანამდე მათი ოჯახები სოციალურად აქტიური ცხოვრებით ცხოვრობდნენ, დაავადების გამოაშკარავების შემდეგ ჩაიკეტნენ, თვითონვე ცდილობდნენ ნაკლები მიმოსვლა ჰქონდეთ ნაცნობებთან და მეგობრებთან.

*„ჩვენთან სულ სტუმრიანობა იყო და ამის შემდეგ ჩვენც სიფრთხილეს ვიჩენდით ალბათ და ნელ-ნელა შეცოტავდნენ სტუმრები.“*

*ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირის ოჯახის წევრი*

ოდნავ განსხვავებულია დამოკიდებულება იმ პირის ოჯახის მიმართ, რომელიც გადის მკურნალობას და არის სპეციალისტის ზედამხედველობის ქვეშ. ასეთი ოჯახების და ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირების მიმართ არ არის შიში ან საფრთხის შეგრძნება ბევრად ნაკლებია.

*„თუ ადამიანი მკურნალობას კურსს გადის, მასთან ურთიერთობა არანაირ პრობლემას არ არის, მაგრამ ვინც არ აღიარებს დაავადებას იმათი მორიდება გვმართებს.“*

*ფოკუს ჯგუფის მონაწილე 30-60 წელი*

*„სხვადასხვა ფორმები არსებობს, რომელიც მისაღებია და რომელიც არა. თუ აგრესიულად იქცევა ადამიანი, იმას ვერ მიიღებ.“*

*ფოკუს ჯგუფის მონაწილე 30-60 წელი*

დისკუსიის ის მონაწილეები, რომლებსაც აქვთ გამოცდილებაში ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების ოჯახის წევრებთან ახლო ურთიერთობის მაგალითები, უფრო სენსიტიურები არიან თემის მიმართ, მეტად ლოიალურები არიან, თუმცა მაინც აქვთ ფრთხილი დამოკიდებულება მათ მიმართ:

*„მე მაქვს ურთიერთობა ასეთი პრობლემების მქონე ადამიანთან, მის ოჯახთან, მაგრამ რა თქმა უნდა ასეთი ურთიერთობა არ არის სრულფასოვანი და ჯანმრთელი. ჯანმრთელ ურთიერთობას თანამოაზრობა და ლოგიკური გაგებინება სჭირდება. ურთიერთობისას მე ყოველთვის ვითვალისწინებ მის მდგომარეობას, არ ვეკამათები, მივყვები დინებას, ვცდილობ არ გავალიზიანო.“*

*ფოკუს ჯგუფის მონაწილე 30-60 წელი*

ფოკუს-ჯგუფის მონაწილეების აზრით ბოლო დროს, უკეთესობისკენ შეიცვალა საზოგადოების დამოკიდებულება **მენტალური პრობლემების** მქონე ბავშვების და მათი ოჯახების მიმართ. დამოკიდებულების შეცვლას დისკუსიის მონაწილეების აზრით ხელი შეუწყო ინკლუზიური განათლების შემოღებამ სკოლებში, მედიაში გაშუქების ინტენსივობის ზრდამ, შშმ პირების ხილვადობის გაზრდამ.

საგანმანათლებლო დაწესებულებებში პრობლემები უფრო მეტად ჯანმრთელი ბავშვების მშობლების მხრიდან ჩნდება, ვიდრე ბავშვების მხრიდან. ინკლუზიურ კლასებში ბავშვები მხარში უდგანან თანაკლასელებს, რომლებსაც ესა თუ ის შეფერხება აქვთ, ცდილობენ დაეხმარონ სწავლის პროცესში. თუმცა ჯერ კიდევ ხშირია ისეთი შემთხვევები როცა მშობლები აპროტესტებენ ინკლუზიურ სწავლებას:

*„მე ბევრი შემთხვევა გამიგია როცა მშობლებს არ სურთ მათი შვილი შეფერხების მქონე ბავშვთან ერთად სწავლობდეს. ამის მიზეზად ასახელებენ იმას, რომ შეიძლება ასეთმა ბავშვმა სასწავლო პროცესი ჩაშალოს და ამით ხელი შეეშალოს დანარჩენ ბავშვების განათლებას.“*

*ფოკუს ჯგუფის მონაწილე 30-60 წელი*



*„მე ვფიქრობ, რომ უფრო ჯანმრთელი ბავშვების მშობლები არ იღებენ ამ ბავშვებს, ვიდრე ბავშვები. ჩემმა დაიწყო ეზოში თამაში სხვა ბავშვებთან და ბურთს ვერ იჭერდა, მაგრამ უხაროდა და ერთ-ერთმა მშობლემ უთხრა, გამოდით სხვაგან ითამაშეთ, ვერ ხედავთ, რომ დებილიაო. თუნდაც სკოლაში მშობლები ამბობენ, რომ არ მინდა, რომ ეს ბავშვი ჩემი შვილის გვერდზე იჯდეს. ეს გაკვეთილს ჩაშლის და ჩემი შვილი ჩამორჩებაო, ასე ამბობენ.“*

*მშობელი*

მოსახლეობის ფოკუს-ჯგუფების დისკუსიის მონაწილეების აზრითაც მენტალური შეფერხების მქონე ბავშვებისა და მოზრდილების ოჯახების მიმართ უფრო ლოიალურია საზოგადოება, ვიდრე ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების ოჯახის წევრების მიმართ. მათი აზრით არ შეიძლება მენტალური განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვების დისკრიმინაცია და მიესალმებიან ინკლუზიურ განათლებას, ინკლუზიურ კლასებში სწავლა მათ სოციალურ ადაპტაციაში ეხმარება.

განსხვავებულია დამოკიდებულება აუტისტური სპექტრის მქონე ბავშვების და მათი ოჯახების მიმართ. საზოგადოების აზრით, ზოგიერთი აუტისტი ბავშვი საკმაოდ რთულია, აგრესიულია, ამიტომ ურთიერთობა ასეთ ოჯახებთან იწვევს სერიოზულ დისკომფორტს და ერიდებიან მათთან კონტაქტს.

### **მენტალური/ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირის აღქმა, დახასიათება**

საზოგადოება სტერეოტიპულად აღიქვამს მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანებს. უმრავლესობას მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების მიმართ აქვთ ერთგვარი შიში, რადგან როგორც წესი ფართო წრეებისთვის ცნობილი ხდება სოციალურად საშიში ქცევის ან სუიციდის შემთხვევები.

დისკუსიის მონაწილეები ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე პირებს ახასიათებენ შემდეგი ტერმინებით:

- არასტაბილური მერყევი ხასიათი;
- არაადექვატური ქცევა;
- "რალაცეები ელანდებათ";
- "გამოხტომები აქვთ";

- სამყაროს არაადექვატური აღქმა;
- აგრესიული ქცევა ყოველდღიურ გარემოში;
- ყველაფერი რაც ასოცირდება არანორმალურთან;
- არაადექვატური ადამიანი;
- ვერ აფასებენ სიტუაციას შესაბამისად;
- თავისი სამყარო აქვთ;
- არაცნობიერები არიან;
- ჩვენგან განსხვავებულები არიან;
- ჩაკეტილი საკუთარ თავში.

მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებს საზოგადოება მოიხსენიებს როგორც „გიჟს“, „ვერ არის“, „აკლია“, „გონებაჩლუნგი“, „დაუნი“.

დისკუსიის მონაწილეების ნაწილს აქვს გამოცდილებაში ფსიქიკური ან მენტალური ჯანმრთელობის მქონე პირთან ურთიერთობა (თანამშრომელი, მეზობელი, ნათესავი). ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთან პირველი კონტაქტის გახსენებისას ყველა მათგანი აღიარებდა რომ გაუჩნდათ შიში.

*„ჩემს ბულალტერს შევამჩნიე აკვიატებული აზრები, მიყვებოდა როგორ დასდევენ, უთვალთვალებენ. მართალი გითხრათ ძალიან შემეშინდა, მეგონა რომ მე დამეტაკებოდა. წნევამ ამიწია, ცუდად გავხდი“.*

*ფოკუს ჯგუფის მონაწილე 30-60 წელი*

*„მე მეზობელი მყავს ასეთი, ყველა მეზობელი ვერიდებით, რომ გამოვიხედებით ჭიშკრიდან და დავინახავთ, მივკეტავთ და ვიმალებით. ერთხელ ერთ მეზობელს დაარტყა კიდეც. არ ვიცი როგორ მოვიქცე, ვის მივმართო“.*

*ფოკუს ჯგუფის მონაწილე 30-60 წელი*

ჯგუფის წევრების ნაწილმა გაიხსენა, როგორ მოხდა მათ სამეგობრო / სანაცნობოში ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირებში ცვლილება და დაავადების გამოვლენა.

*„გამომეტყველება შეეცვალა ჩემს მეგობარს, საკუთარ თავთან გაუცხოება ჰქონდა, თითქოს გარედან უყურებდა საკუთარ თავს, პანიკური შიშები ჰქონდა, პანიკური შეტევები“.*

*ფოკუს ჯგუფის მონაწილე ახალგაზრდების ჯგუფი*

*„ჩემი მეგობარს უცებ დაემართა, ჩაკეტილი გახდა, რომ ელაპარაკებოდი თითქოს გისმენდა, მაგრამ იქ არ იყოს თითქოს, რაღაც ბრძოლები ჰქონდა, ვილაც ელაპარაკებოდა, კარგი ფსიქიატრი შეხვდა და საბოლოოდ გამოვიდა მდგომარეობიდან.“*

*ფოკუს ჯგუფის მონაწილე ახალგაზრდების ჯგუფი*

## **2. თვითსტიგმა**

საზოგადოების მხრიდან მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემები მქონე პირების /მათი ოჯახების სტიგმატიზაციის შედეგად ხშირად ხდება სტიგმის გაშინაგნება, თვითსტიგმა, მოვლენა, როცა თავად ჯანმრთელობის მქონე პირს ან მისი ოჯახის წევრს / მშობელს სირცხვილის, დანაშაულის განცდა აქვს. მშობლებისგან შემდგარი ფოკუს ჯგუფის მონაწილეები იხსენებენ საკუთარ განცდების შესახებ:

*„მე ნერვები შევიჭამე - რატომ მე, ეს რატომ დამემართა. რამე ხომ არ დავაშავე, რომ ასე დავისაჯე-მეთქი.“*

*მშობელი*

დისკუსიის მონაწილეების აზრით მენტალური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების ოჯახის წევრებს უჭირთ იმის აღიარება, რომ მათი ოჯახის წევრი/შვილი არ არის ჩვეულებრივი, არ შეუძლიათ ფაქტის მიღება, ამის გამო ძალიან ნერვიულობენ, ვერ ეგუებიან. ამავე დროს ოჯახის წევრები იმაზეც ნერვიულობენ, რომ მათი ოჯახის წევრის გამო შეიძლება სხვა შეწყუბდეს.

*„ასეთი ოჯახები თითქოს დალდასმულები ვართ, მშობლების რეაქციაც შეიძლება განსხვავებული იყოს, ზოგი შეიძლება გაბრაზდეს, აგრესია გამოამჟღავნოს იმის გამო, რომ მის შვილს რაღაც დააკლეს, ისე ვერ მოექცნენ როგორც საჭიროა, ზოგი კი პირიქით შეიძლება სულაც ჩაიკეტოს და აღარც გამოვიდეს გარეთ“.*

*ფოკუს ჯგუფის მონაწილე 30-60 წელი*

თვითსტიგმის გამო პაციენტი ყველაზე ბოლოს ფსიქიატრთან მიდის. პირველ რიგში პაციენტმა შეიძლება მიაკითხოს ნევროლოგს, ფსიქოლოგს, ფსიქოთერაპევტს და არა ფსიქიატრს. ფსიქიატრიული პრაქტიკა კი აჩვენებს, რომ რაც უფრო დაგვიანებული მკურნალობა, მით მეტია პაციენტის უნარების შეზღუდვის ხარისხი. სპეციალისტთან მიმართვის დაგვიანების მიზეზი სირცხვილის გრძნობაა,

რაც ხელს უშლის ოჯახსა და პაციენტს, აღიარონ საკუთარი მდგომარეობა. ასეთი ადამიანები მუდმივად უარყოფაში არიან, რის გამოც დროულად არ მიმართავენ საჭირო სპეციალისტს და რჩებიან მკურნალობის გარეშე ან იღებენ არასწორ მკურნალობას.

*„სამწუხაროდ სტიგმის გამო გავრცელებული პრაქტიკაა, რომ აკითხავენ ნევროლოგს, რაც დიდი შეცდომაა, ნევროლოგი არ არის ის სპეციალისტი, რომელიც ფსიქიკურ აშლილობებს მკურნალობს. მე ხშირად შემხვედრია შეცდომები, როდესაც დიაგნოსტიკა უკვე გართულებულია, ფსიქოზის მქონე ადამიანებს უნიშნავენ ანტიდეპრესანტებს, რაც კიდევ უფრო ამწვავებს მდგომარეობას და კიდევ უფრო თვალსაჩინოდ გამოავლენს ხოლმე დაავადებას.“*

*ფსიქიატრი*

როგორც დისკუსიებმა აჩვენა, პაციენტების მიმართვიანობა დამოკიდებულია დაავადების დაწყების ფორმაზე. თუ დაავადების გამოვლინებები არ არის ძალიან თვალსაჩინო (არაადეკვატური და აგრესიული ქცევა), თუ ადამიანი არავის არაფერს უშავებს, შეიძლება წლები გავიდეს, სანამ სპეციალისტს მიაკითხავს.

### **3. სტიგმა პროფესიონალების მიმართ**

#### **3.1 დარგის და სპეციალისტების (ფსიქიატრია / ფსიქიატრები) სტიგმატიზაცია საზოგადოების მიერ**

ფსიქიატრების აზრით, არამართო მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები და მათი ოჯახები არიან სტიგმატიზირებული, არამედ თავად ფსიქიატრია, როგორც მედიცინის დარგი და ფსიქიატრები.

*„ფსიქიატრების მიმართ საზოგადოებას თითქმის ისეთივე დამოკიდებულება აქვთ როგორც პაციენტების მიმართ. გავრცელებულია ფრაზა „ფსიქიატრებიც გიჟები არიან“ „ყველა ფსიქიატრი პაციენტია“, ახლობლებისგანაც გამიგია ეს. მოსაზრება, რომ თუ დიდხანს გიწევს პაციენტებთან ურთიერთობა, შენც პაციენტისნაირი ხდები ისევ საზოგადოების არაინფორმირებულობაზე მიუთითებს.“*

*ფსიქიატრი*

ფსიქიატრების მოსაზრებით არაინფორმირებულობისა და სტიგმის გამო საკმაოდ გავრცელებული პრაქტიკაა, როცა ფსიქიკური პრობლემებზე ექვის შეტანის შემთხვევაში ოჯახის წევრი არ მიმართავს დახმარებისთვის ფსიქიატრს.

*„სამწუხაროდ სტიგმის გამო გავრცელებული პრაქტიკაა, როცა მიდიან ნევროლოგთან და არა ფსიქიატრთან, რაც დიდი შეცდომაა, ნევროლოგი არ არის ის სპეციალისტი, რომელიც ფსიქიკურ აშლილობებს მკურნალობს. მე ხშირად შემხვედრია შეცდომები, როდესაც დიაგნოსტიკა უკვე გართულებულია“*

ფსიქიატრი

სპეციალისტების აზრით ფსიქიატრს, მხოლოდ მწვავე ფსიქოზური მდგომარეობის ან სუიციდური აზრების არსებობის/გამოვლინების შემთხვევაში ხვდება ოჯახი, რომ ფსიქიატრს უნდა მიმართონ.

*„საქართველოში მოდაშია ჯერ მიმართონ ფსიქოლოგს, მერე ნევროლოგს და შემდეგ, ყველაზე ბოლოს ფსიქიატრს. რა თქმა უნდა არსებობს სტიგმა, არ სურთ რომ ჰყავდეთ ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოზის მქონე ოჯახის წევრი, ამიტომ დროში გადააქვთ დიაგნოზის მოსმენა.“*

ფსიქიატრი

ფსიქიატრიისადმი შიში და საზოგადოების საკითხის შესახებ არაინფორმირებულობა ერთმანეთს კვებავს. უმრავლესობას ჰგონია, რომ ფსიქიატრიასთან შეხება მთელი ცხოვრების განაჩენია. საზოგადოებაში სამწუხაროდ გაბატონებულია აზრი, რომ ფსიქიატრთან მკურნალობას უარესი შედეგი მოაქვს.

*„არ მიხვდიდე ფსიქიატრთან უფრო გაგაგოებენ.“*

ფსიქიატრი

*„გიჟების ექიმი მწვალებელია, ასე ფიქრობენ, ჩვენ ვაწვალე მათ პაციენტებს.“*

ფსიქიატრი

ფსიქიატრიისადმი სტიგმის მაჩვენებელია ის ფაქტიც, რომ ფსიქიატრებთან ნაცნობობის გამომჟღავნება იმ პაციენტის ოჯახის წევრსაც კი არ სურს, რომელთაც ფსიქიატრთან ურთიერთობის კარგი გამოცდილება აქვთ. ოჯახის წევრს არ სურს თვითონაც სტიგმატიზირებული იყოს და „არ იმჩნევს“ რომ იცნობს ფსიქიატრს.

*„ოჯახის წევრები ცდილობენ გარეთ არ იკონტაქტონ ჩვენთან, თავი აგვარიდონ. ერთი ჩემი პაციენტის პატრონი რესტორანში ვნახე და სანამ ხელის დასაბანად არ გავედი, არ მომესალმა, იქ გამომყვა და მომიბოდიშა. არამართო ისინი, ჩვენც ვცდილობთ არ შევიძინოთ რომ ვიცნობთ. ჩვენც სტიგმის მსხვერპლი ვართ.“*

ფსიქიატრი

### **3.2 დარგის და სპეციალისტების (ფსიქიატრია / ფსიქიატრები) სტიგმატიზაცია სხვა სფეროს წარმომადგენლების მიერ მართლმსაჯულების წარმომადგენლები**

ფსიქიატრების აზრით, მართლმსაჯულების სისტემაში მომუშავე სპეციალისტების, მოსამართლეებისა და ადვოკატების მათთადამი დამოკიდებულება ასევე ატარებს სტიგმის კვალს. ფსიქიატრების მოსაზრებით სამართლის სფეროს წარმომადგენლებს არასწორი წარმოდგენები აქვთ ფსიქიკური აშლილობისა და ზოგადად ფსიქიატრიის შესახებ და საზოგადოების მსგავსად ისინიც გავრცელებული სტერეოტიპების გავლენის ქვეშ არიან.

იმის გამო, რომ თავად მოსამართლეები და ადვოკატები იმყოფებიან სტიგმის გავლენის ქვეშ, არასერიოზულად უდგებიან პრობლემას და ავადმყოფს ურჩევენ სტაციონარში დაწოლის ნაცვლად იაროს მოძღვართან.

*„თავად ადვოკატები, მოსამართლეები სტიგმატიზირებული და გავრცელებული სტერეოტიპების ტყვეობაში არიან, ყოფილა შემთხვევები, როცა მოსამართლე და ადვოკატი ურჩევდნენ ავადმყოფს, რად გინდა მკურნალობა, იარე მამაოსთან და ის მოგხედავსო. ეს ძალიან რთული პრობლემაა, ამბობენ რომ წამლები საჭირო არ არის, რაღაც სხვა გზებით არის შესაძლებელი ამ პრობლემის მოგვარება, ლოცვით, შელოცვით და ხალხური მედიცინით შეიძლება მოიხსნას მწვავე ფსიქოზური მდგომარეობაო. ოღონდ არ ჰქონდეს ფსიქიატრთან ნამკურნალობის სახელი, სტაციონარში არ დაწვეს, ასეთი ბნელი რჩევების მიცემა ხდება.“*

ფსიქიატრი

მოსამართლეების ზოგჯერ არ არიან ინფორმირებული, რომ აგრესიის მართვის მიზნით სასამართლომდე ექიმს შეუძლია ერთჯერადად გამოიყენოს ინექცია.

*„მოსამართლის მხრიდან იყო შენიშვნები რომ ჩვენს მოსვლამდე წამალს ნუ მისცემ. ჩვენ მერე ვუხსნით მოსამართლეს, რომ ხანდახან იძულებულები ვართ ერთჯერადად ჩავართოთ წამალი, აგრესიის მართვის მიზნით.“*

ფსიქიატრი

## უფლებადამცველები

ფსიქიატრების აზრით მათდამი სტიგმატიზირებული დამოკიდებულება აქვთ სახალხო დამცველის აპარატის თანშრომლებსა და ადამიანის უფლებების დამცველებს, საზოგადოებრივი ორგანიზაციების წარმომადგენლებს.

*„ყოფილა შემთხვევები როცა სახალხო დამცველის აპარატის მონიტორინგის დროს თუ პაციენტი ექიმებზე, მკურნალობაზე პოზიტიურს ამბობს, არ უჯერებენ და ეუბნებიან ექიმის დარიგებული ხარო.“*

ფსიქიატრი

*„უფლებადამცველების დამოკიდებულებაშიც ვხვდებით არასწორ დამოკიდებულებას, ხშირად ზედმეტად აზვიადებენ, გადამეტებით აფასებენ უმნიშვნელო დეტალებს, მაშინ როცა სხვა რამე უფრო მნიშვნელოვანია. მაგ. იმას, რომ ფსიქიატრიაზე გამოყოფილი ბიუჯეტი არაფერს ყოფნის.“*

ფსიქიატრი

## რელიგიური ინსტიტუტების წარმომადგენლები

ფსიქიატრების აზრით, არც ისე იშვიათია როცა პაციენტის ოჯახი თვლის, რომ ფსიქიკური აშლილობის განკურნება შეიძლება რელიგიური რიტუალებით, რასაც თვითონ რელიგიური ინსტიტუტები უწყობენ ხელს. მნიშვნელოვანია სასულიერო პირების ინფორმირება მოხდეს ფსიქიკური აშლილობების შესახებ, რათა საჭიროების შემთხვევაში ადექვატურად გადაამისამართონ ფსიქიატრთან.

*„ფსიქიკური დაავადება ბიოლოგიური მდგომარეობაა და მას ბიოლოგიური ჩარევა სჭირდება. მედიკამენტის გარეშე ლოცვა ბოდვას ვერ მოხსნის. ვერ განვაზოგადებ, არ ვიცი ალბათ არის შემთხვევები, როდესაც სასულიერო პირი ადექვატურად აფასებს სიტუაციას და*

*პაციენტს ექიმთან აგზავნის, ჩვეულებრივ კი მაშინ აგზავნიან ექიმთან როცა ხვდებიან, რომ ვეღარ უმკლავდებიან, ეშინიათ პაციენტის.“*

*ფსიქიატრი*

ფსიქიატრებს ხშირად უწევთ ისეთ რთულ სიტუაციებთან გამკლავება როცა თავად ოჯახის წევრი ამბობს, რომ პაციენტი ეშმაკით შეპყრობილია, მიყავს მოძღვართან, დაჰყავთ კვეთებულის ლოცვებზე და არწმუნებენ პაციენტსაც, რომ წამლის მიღება არ არის საჭირო.

*„თვლიან რომ შეპყრობილია და წამალი რად უნდა. ამას ართულებენ ჩვენი მღვდლებიც. ჩემთან პაციენტი მოინათლა განყოფილებაში, აქ მოიყვანეს მამაო, რომელიც „ეს სატანის სახლიო იძახდა!“*

*ფსიქიატრი*

## **მედია / ჟურნალისტები**

ფსიქიატრებისა და საადვოკაციო ჯგუფის წარმომადგენელთა აზრით, მედიას უდიდესი როლი ეკისრება საზოგადოების განათლებისა და სტერეოტიპების მსხვრევის კუთხით. ბოლო დროს მედია უფრო მეტად დაინტერესდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებით, თუმცა ამ თემაზე მომზადებული სიუჟეტები უმეტესად ცალმხრივია. არ ხდება ფსიქიატრების პრობლემების წარმოჩენა, საკითხს მხოლოდ უფლებადამცველების თვალთახედვით აშუქებენ.

სამწუხაროა, მაგრამ ის ჟურნალისტებიც კი, რომლებიც წერენ ბეჭდვით მედიაში ან იღებენ სიუჟეტებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ და ამ სფეროში არსებულ სიტუაციაზე, არ არიან სათანადო ცოდნით აღჭურვილნი, ისინი ისევე არაინფორმირებულები არიან, როგორც ზოგადად საზოგადოება.

## **სამედიცინო პერსონალი**

როდესაც მულტიპროფილურ დაწესებულებას აკითხავს ფსიქიკური პრობლემების მქონე პაციენტი სომატური მდგომარეობის გამწვავებით, ხშირია არაადეკვატური დამოკიდებულება როგორც ოჯახის, ისე სასწრაფოს ექიმის (თუ სასწრაფოს მოჰყავს პაციენტი) და სომატიკოსი ექიმების მხრიდან. როდესაც ექიმები იგებენ, რომ პაციენტს აქვს ფსიქიკური პრობლემები, შეიძლება ჩივილები მიაწერონ ფსიქიკურ აშლილობას და უგულვებელყონ რეალური მიზეზები:



*„მოცივანთ მაგალითს, მყავდა სამი ავადმყოფი, სამივეს ჰქონდა სიმსივნე, ერთხელ ეს მიეწერა დეპრესიას, ორჯერ შიზოფრენიას. მიმღებში მოცივანეს ავადმყოფი, რომელსაც ჰქონდა მუცლის ტკივილი და ლებინება, ანამნეზში ჰქონდა შიზოფრენიის დიაგნოზი და ექიმი მეუბნებოდა, მას გონია, რომ წამლავენ და ამიტომ აქვს ლებინებაო. გადავუღეთ მუცლის ღრუ და აღმოჩნდა სიმსივნე. უბრალოდ ჩაკითხვა იყო საჭირო, მეტი არაფერი. არანაირი ბოდვა იმ წუთას მისთვის აქტუალური არ იყო, ეს იყო სპონტანური და არა ხელოვნურად გამოწვეული ლებინება. სომატიკოსი ექიმების მიერ არ ხდება დიფერენცირება, უგულვებელყოფა, გულგრილობაა. ჩემი აზრით ცოდნის ნაკლებობა ნაკლებად არის, უფრო გულგრილობაა და სტიგმატიზაცია თავად სამედიცინო პერსონალის მხრიდან.“*

#### *ფსიქიატრი*

თავად პირველადი ჯანდაცვის ექიმებიც აღიარებენ, რომ ფსიქიკური/მენტალური პრობლემების აღმოჩენისას უფრო ხილდებიან პაციენტს და პირდაპირ ფსიქიატრთან არ ამისამართებენ, თუ ეს არ არის მკვეთრად გამოხატული სიმპტომი ასოციალური ქცევით. პირველადი ჯანდაცვის წარმომადგენლები თვლიან, რომ საზოგადოებაში გავრცელებული შიში მენტალური/ფსიქიკური დაავადებების მიმართ, მოქმედებს პირველადი ჯანდაცვის ექიმების ქცევაზეც. მაქსიმალურად უფრო ხილდებიან პაციენტს და „იშორებენ“ თავიდან პაციენტის, ან მისი ოჯახის რეაქციით გამოწვეულ პრობლემას და ამისამართებენ ნევროლოგთან, ურჩევენ მიმართოს ფსიქოთერაპევტს.

პირველადი ჯანდაცვის წარმომადგენელთა აზრით, საჭიროა მეტი კომუნიკაცია ფსიქიატრებთან და პრობლემაში მეტად გარკვევა. მათი აზრით ფსიქიატრიაში და მენტალური ჯანდაცვის სფეროში პირველადი ჯანდაცვის ექიმების ინფორმირებულობა და ცოდნა დაბალია და საჭიროა ტრენინგების გავლა თემასთან დაკავშირებულ საკითხებში.

*„პირველადი ჯანდაცვის წარმომადგენლების მხრიდან პაციენტის გადამისამართება ნევროლოგთან საზოგადოების მხრიდან მიუღებლობის შედეგია. ასევე აღვნიშნავდი პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მოუმზადებლობას პრობლემის მართვაში. არ არსებობს გაიდლაინები, რომლებითაც პირველადი ჯანდაცვის წარმომადგენლები იხელმძღვანელებდნენ. მე მაგალითად ხშირად ვერ ვუბედავ პაციენტს, ვურჩიო ფსიქიატრის კონსულტაცია გაიაროს.“*

*თუმცა ყველაფერს ნევროზს ვერ დავაბრალებთ და ზოგჯერ მიწევს ამის გაკეთება - თვითონ ირჩევენ ხოლმე ნევროზის დიაგნოზს. მინდა გითხრათ, რომ ნევროლოგისგან ფსიქიატრთან გადამისამართებას უფრო იღებენ პაციენტები, ვიდრე ოჯახის ექიმებისგან.“*

*პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების წარმომადგენელი*

## 2. მოსახლეობასა და ჯანდაცვის წარმომადგენლებში მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების პრევენცია და მართვა (ცოდნა, შეხედულება, ქცევა)

### მოსახლეობის ცოდნა მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების პრევენციის შესახებ

კვლევის ფარგლებში მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების პრევენციის შესახებ კითხვები ესმებოდათ მოსახლეობის სხვადასხვა სამიზნე ჯგუფების წარმომადგენლებს, 18-30 წლამდე და 30-60 წლამდე მოსახლეობას, 1-6 წლამდე ჯანმრთელი ბავშვების მშობლებს, 1-6 წლამდე მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ბავშვების მშობლებს და ასევე იმ ოჯახის წევრებს, სადაც ცხოვრობენ მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების (ფსიქიკური, გონებრივი) მქონე ზრდასრული პირები.

ყველა სამიზნე ჯგუფის დისკუსიის მონაწილეები აღნიშნავენ, რომ საკმაოდ დაბალია მათი ინფორმირებულობა მენტალური ჯანმრთელობის შესახებ ზოგადად და მათ შორის მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების პრევენციის შესახებ.

ერთ-ერთი სპეციფიური საკითხი, რომელიც 1-6 წლამდე ბავშვების დედების ჯგუფში იქნა განხილული, იყო **ორსულობისა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის დეპრესია**. პრევენციის მნიშვნელოვანი კომპონენტია სამიზნე ჯგუფების ინფორმირებულობისკენ მიმართული აქტივობები. დისკუსიის მონაწილეების მსჯელობის საფუძველზე დაყრდნობით ნათელი გახდა, რომ მომავალი დედები არ არიან ინფორმირებულები ორსულობის ან მშობიარობის შემდგომ პერიოდში დეპრესიის შესაძლო განვითარების შესახებ.

ორსულობისა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის დეპრესიის შესახებ ფოკუს ჯგუფის მონაწილეები საკუთარ გამოცდილებაზე დაყრდნობით ყვებოდნენ, თუმცა ამბობენ, რომ მაშინ ვერ ხვდებოდნენ რა ემართებოდათ. შეცვლილ ემოციურ მდგომარეობას ზოგი წონის მატებას ან ბავშვის ჯანმრთელობაზე დღევანდელ აზრებს, ზოგი კი სულაც ვერ პოულობდა მიზეზს. ორსულობის და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში საკუთარი მდგომარეობის აღწერისას დედები ამბობდნენ, რომ დაკარგეს ინტერესი გარე სამყაროს მიმართ, გაუფუჭდათ ურთიერთობა მეუღლესთან, გაუჭირდათ შვილთან ემოციური კავშირის დამყარება.

*„არ მინდოდა სამყაროსთან ურთიერთობა. ერთი წელი სახლიდან არ გავდიოდი, ვიჯექი შვილთან ერთად. არაფერი არ მაინტერესებდა.“*

*„ბავშვთან ურთიერთობა ძალიან გამიჭირდა თავიდან როგორც მოვლის, ისე ემოციური კონტაქტის კუთხით, სწავლით მოვიდა ჩემთან*

*შვილის მიმართ ემოციური კავშირი. ის მიჯაჭულობა, განცდები, ემოციები ურთიერთობის დროს მოვიდა.*“

*„სხვები რომ ამბობდნენ მუცელში ჩამესახა თუ არა ეგრევე შემიყვარდა, მე ეგრე არ მეონია, მერე თანდათან შემიყვარდა, და არც მჯერა როცა ამბობენ, რომ დავინახე და შემიყვარდა ეგრევეო“.*

*„ძალიან ცუდად ვექცეოდი მეუღლეს მთელი წელი, ყველაფერი მალიზიანებდა, ვფიქრობდი ხომ არ გადამიყვარდა, რომ ეს იყო ჩემი შეცდომა, რატომ გავაჩინე მეორე შვილი.“*

### *1-6 წლამდე ბავშვის მშობლები*

როგორც მონაწილეები აცხადებდნენ მათ წინასწარ არ ჰქონდათ ინფორმაცია ორსულობის ან მშობიარობის შემდგომი პერიოდის დროს ემოციური მდგომარეობის შესაძლო გაუარესების ან დეპრესიის შესახებ. მათ თვითონ დაიწყეს ინფორმაციის მოძიება ინტერნეტით, ნაცნობებთან გაკითხვით. მონაწილეებიდან არც ერთს არ ჰქონია ფსიქოლოგთან კონსულტირების გამოცდილება, არც ორსულობის და არც მშობიარობის შემდგომ პერიოდში. ყველა აღიარებდა, რომ გაცილებით გაუადვილებოდათ თუ წინასწარ ეცოდინებოდათ ორსულობის და მშობიარობის შემდგომი შესაძლო დეპრესიის / ემოციური მდგომარეობის ცვლილების შესახებ. მათი აზრით ფსიქოლოგთან კონსულტაცია მომავალი დედებისთვის ისეთივე აუცილებელი და გეგმიური უნდა იყოს, როგორც სხვა დანარჩენი პროცედურები (ანალიზები, ექოსკოპია).

**ბავშვთა თანდაყოლილი ანომალიების განვითარების პრევენციის** შესახებ ახალგაზრდა დედები ფლობენ გარკვეულ ინფორმაციას. დისკუსიის ყველა მონაწილეს სმენია ორსულობამდე და ორსულობის პერიოდში ფოლიუმის მჟავის მიღების საჭიროების შესახებ, ვირუსებზე შემოწმების, სწორი კვების, ორსულობის პერიოდში სკრინინგის აუცილებლობის შესახებ. უმრავლესობა აღიარებს, რომ ორსულობის დაგეგმვა ჯერ კიდევ არ წარმოადგენს გავრცელებულ პრაქტიკას, შესაბამისად ორსულობამდე ჩასატარებელ ღონისძიებებს (ფოლიუმის მჟავის წინასწარ დაღევა, ვირუსებზე შემოწმება) მათი აზრით მომავალი დედების მხოლოდ მცირე ნაწილი მიმართავს.

ბავშვთა თანდაყოლილი ანომალიების შესაძლო მიზეზებად დედები ასახელებენ შემდეგ ფაქტორებს: არასწორი კვება, ალკოჰოლის და ნიკოტინის მიღება, სხვადასხვა ნივთიერებების ნაკლებობა ორგანიზმში, ორსულობის პერიოდში გადატანილი ვირუსული ინფექციები, გენეტიკური წინასწარგანწყობა, ეკოლოგიური მდგომარეობის გაუარესება.

აღსანიშნავია, რომ საზოგადოების მცირე ნაწილი ბავშვებში მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების განვითარებას ჯერ კიდევ უკავშირებს სავალდებულო აცრებს.

დისკუსიის ყველა მონაწილე აცხადებდა, რომ პირადად მათ ყველა გეგმიური აცრა გაუკეთეს შვილებს, თუმცა სმენიათ საზოგადოებაში აცრების მიმართ ნეგატიული დამოკიდებულებების შესახებ.

*„მე ვიცნობ ერთ მშობელს, რომელმაც არ გაუკეთა არცერთი აცრა შვილს და თვლის, რომ თუ დაემართება ავადმყოფობა მის შვილს, გადაიტანს“.*

*ფოკუს ჯგუფის მონაწილე, 6 წლამდე ბავშვის მშობელი*

დისკუსიის მონაწილეების აზრით აცრების შესახებ მოსახლეობის ნაწილში გავრცელებულია შემდეგი დამოკიდებულება:

- საქართველოში ჩამოაქვთ ცუდი ხარისხის ვაქცინები („კაცმა არ იცის რა შემოდის აქ“);
- საქართველო არის მედიკამენტების საცდელი ქვეყანა ("ჩვენზე ცდიან პრეპარატებს");
- აცრები იწვევს აუტიზმს.

აცრების აუტიზმთან კავშირის შესახებ ინფორმაცია გავრცელებულია მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ბავშვების მშობლებში.

*„ზოგი იძახის რომ აუტიზმს იწვევს, ასევე ამბობენ, რომ ვაქცინები მძიმე მეტალებს შეიცავენ და აუტიზმიან ბავშვებს პირიქით, ჯანმრთელი საჭმელი და ორგანიზმის გაწმენდა სჭირდება“.*

*მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ბავშვის მშობელი*

### **ბავშვებში მსუბუქი და საშუალო ხარისხის მენტალური განვითარების დარღვევების დროული გამოვლენა**

ჯანმრთელი ბავშვების მშობლების ჯგუფის მონაწილეებმა იცოდნენ ორსულობის პერიოდში გენეტიკური დარღვევების დიაგნოსტიკების შესაძლებლობის შესახებ (ორსულობის მე-12 კვირაზე დაუნის სინდრომის დიაგნოსტიკის შესაძლებლობა). ორსულობის დროს რისკის ჯგუფის წარმომადგენელი ქალებს (35

წელზე მეტი ასაკის ქალები) ჰქონდათ მონაწილეობა მიღებული სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამაში. თუმცა მონაწილეებმა აღნიშნეს, რომ კონსულტაციების დროს არ ხდებოდა ინფორმაციის სწორად მიწოდება, რატომ იყო საჭირო ამათუიმ ანალიზის ჩატარება, რამაც გამოიწვია მათი შფოთვის ზრდა.

*„რადგან ასაკში ვიყავი, მივიღე მონაწილეობა სახელმწიფო პროგრამაში, ჩავაბარე ანალიზები, ყველაფერი ნორმაში იყო, მაგრამ კიდევ შემომთავაზეს რაღაც ანალიზი - ამიოცენტეზი, ჭიპლარიდან იღებენ, ძალიან ვინერვიულე, რატომ შემომთავაზეს თუ ყველაფერი წესრიგშია, ძალიან უკმაყოფილო ვარ იმ თვალსაზრისით, რომ არ ამიხსენს რატომ მჭირდებოდა ეს ანალიზი. ინფორმაცია მომაწოდეს ცუდი ფორმით. ჩემი შფოთვის დონე ძალიან მოიმატა ამის გამო, მე მიშველა იმან, რომ კარგ, მტკიცე ხასიათის გინეკოლოგთან დავდიოდი კონსულტაციაზე და გადაჭრით მითხრა, რომ არაფერია საშიში. კარგი იქნება თუ უფრო სწორად მიაწოდებენ ინფორმაციას ორსულს,“*

*1-6 წლამდე ჯანმრთელი ბავშვის მშობელი*

იმ ფოკუს ჯგუფის წევრების დიდი ნაწილი, რომელთაც ჰყავთ მენტალური დარღვევების მქონე ოჯახის წევრები / შვილები აცხადებდნენ, რომ მათ შემთხვევაში დროულად ვერ მოხდა ბავშვის განვითარების შეფერხების იდენტიფიკაცია. მიუხედავად იმისა, რომ ზოგ შემთხვევაში მშობელს ეჭვი ჰქონდა შვილის განვითარების შეფერხების თაობაზე, მათი არაინფორმირებულობის გამო ბავშვის შეფასება და დიაგნოსტიკა მოხდა დაგვიანებით. მათი მონაყოლიდან ასევე ცხადი ხდება, რომ დაგვიანებულ დიაგნოსტიკას ხელს უწყობს პოლიკლინიკებში პედიატრების არაინფორმირებულობაც:

*„თავიდან, 1 წლის რომ იყო ეჭვი შემეპარა, რომ არ ლაპარაკობდა ბავშვი, ცოტა გვაიგნორებდა. პედიატრს კი ვუთხარი 3-4 ჯერ, არაფერი არ მითხრა, წამიყრუა. 1.5 წლისამ დაიწყო სიარული, ცოტა დააგვიანა, შემდეგ კიდევ უფრო ჩაიკეტა. ეჭვი მქონდა მაგრამ... პედიატრმა საერთოდ პასუხი არ გაგვცა.“*

*5 წლის აუტისტური სპექტრის აშლილობის დიაგნოზის მქონე ბავშვის მშობელი*

*„გვიან დაუსვეს დიაგნოზი. თავიდან ვერ ვხვდებოდი, ეს ჰიპერაქტიულობა რითი იყო გამოწვეული, რომ ვერ სწავლობდა, ვერ*

*ვხვდებოდი. მეგონა გაიზრდებოდა და მერე შეიცვლებოდა. ასეთი პრობლემა რომ აღმოაჩნდა შოკში ვიყავი.“*

*3 წლის აუტისტური სპექტრის აშლილობის დიაგნოზის მქონე ბავშვის მშობელი*

მშობლები აცხადებენ, რომ არ ქონდათ ზუსტი ინფორმაცია ბავშვის განვითარების ეტაპების შესახებ, არ იცოდნენ განვითარების შეფერხების რა ნიშნებისთვის უნდა მიექციათ ყურადღება პრობლემის დროული იდენტიფიცირებისთვის.

*„ძალიან ვნანობ, რომ არ ვიცოდი, უფრო ადრე აღმოვაჩენდი ჩვენს პრობლემებს. არადა პედიატრთან ხშირი ურთიერთობა მქონდა, მსაყვედურობდა კიდეც, ხშირად მოდიხარ უმიზეზოდ.“*

*აუტისტური სპექტრის აშლილობის დიაგნოზის მქონე მშობელი*

*„მე რომ შევამჩნიე მეტყველების დარღვევა, მაშინვე რომ მცოდნოდა და მიმეყვანა, მეტი პროგრესი მექნებოდა (აუტიზმის შემთხვევა). მაგალითად, წლის ბავშვი სახელზე უნდა იხედებოდეს, მაგრამ მე არ ვიცოდი, არავის არ უთქვამს. მე მითხრეს ბავშვი ყრუაო, შევამოწმეთ სმენა, ზუსტად ვიცოდი, რომ არ იყო ყრუ. დედამ არ იცის რითი უნდა მიხვდეს, რომ რაიმე შეფერხება აქვს ბავშვს განვითარებაში.“*

*აუტისტური სპექტრის აშლილობის დიაგნოზის მქონე მშობელი*

„ბავშვთა ადრეული განვითარების სახელმწიფო ქვეპროგრამის“ შესახებ დიაგნოზის მქონე მშობლების ნაწილმა სოციალური მომსახურების სააგენტოდან გაიგო (სოციალურად დაუცველის სტატუსის მიღების მცდელობისას), ნაწილმა საბავშვო ბაღში პედაგოგისგან. მშობლების აზრით სახელმწიფო სერვისების შესახებ ინფორმაციას პირველ რიგში პოლიკლინიკის პედიატრისგან უნდა იღებდნენ.

მენტალური განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვების მშობლები ხშირად ერთმანეთში ცვლიან ინფორმაციას, ნაცნობ მშობლებს ფეისბუქში აქვთ ჯგუფი შექმნილი, რომლის მეშვეობითაც ერთმანეთს უზიარებენ გამოცდილებას.

ფოკუს ჯგუფის მონაწილეები „ნეიროგანვითარების ცენტრში“ იღებენ სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებულ მომსახურებას. თუმცა ამის გარდა, რეაბილიტაციისთვის დადიან ე.წ. „კამელიელების სამედიცინო ცენტრში“ (ე.წ. იტალიური კლინიკა), კამელიელების სამედიცინო ცენტრის მომსახურებით

მშობლები ძალიან კმაყოფილები არიან, როგორც მიღწეული შედეგით, ისე პერსონალის კეთილგანწყობით.

### **მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების დროული გამოვლენა**

როგორც სპეციალისტები, ისე სხვა სამიზნე ჯგუფის წევრები (მოსახლეობა) აცხადებენ, რომ მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების წარმოშობისას შესაბამის სპეციალისტთან დახმარებისთვის დაგვიანებული მიმართვა გავრცელებული პრაქტიკაა საქართველოში. დაგვიანებული მიმართვიანობის მიზეზებიდან კი გამოყოფენ სამს - არ ცოდნა, არ აღიარება, სტიგმის გამო სირცხვილი. განსაკუთრებით ეს ეხება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს.

### **საზოგადოების არაინფორმირებულობა**

სპეციალისტების აზრით საზოგადოებამ ცოტა რამ იცის ფსიქიატრიაზე. საზოგადოების საგანმანათლებლო მიმართულებით არასდროს არაფერი გაკეთებულა. საბჭოთა პერიოდში ფსიქიატრიული კლინიკა იყო ჩაკეტილი ინსტიტუცია. ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ინფორმაცია არ არის განათლების ნაწილი არც სკოლებში, არც უნივერსიტეტებში, შედეგად საზოგადოებამ არ იცის, როგორ უნდა ამოიცნოს ფსიქიკური აშლილობა, ფსიქიკური დაავადება, როგორ უნდა მოიქცეს ასეთ შემთხვევაში. ადრეული ამოცნობის გარეშე კი ვერ მოხდება პრევენცია.

საკუთარ არაინფორმირებულობას მიაწერენ ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოზის მქონე პირების ოჯახის წევრები ფსიქიატრიული სერვისებისადმი დაგვიანებული მიმართვიანობას:

*„სანამ გავიგებდი, რომ დარღვეული ჰქონდა ფსიქიკა, დიდი ხანი დამჭირდა. ვერ ვხვდებოდი, რატომ უჭირდა კონტაქტში შემოსვლა, ან რატომ შტერდებოდა და ა.შ.“*

ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირის ოჯახის  
წევრი

ერთ-ერთი საკითხი, რომელიც ფსიქიატრებმა წამოწიეს დისკუსიების პროცესში ეხებოდა საკმაოდ აქტუალურ თემას - მოსახლეობის არაინფორმირებულობას მარიხუანის მოხმარების რისკებზე. ფსიქიატრები მიიჩნევენ, რომ მედიაში ბოლო დროს ინტერესთა ჯგუფების მიერ აქტიურად ხდება მარიხუანის



დეკრიმინალიზაციის ლობირება, თუმცა არ ხდება იმ რისკებზე საუბარი, რაც მარიხუანის მოხმარებას ახლავს თან. შედეგად საზოგადოება არ არის ინფორმირებული, რომ ხშირად მარიხუანას მოხმარება შესაძლოა რთული ფსიქიკური აშლილობების ტრიგერი, გამშვები მექანიზმი გახდეს. ფართო საზოგადოების და განსაკუთრებით ახალგაზრდა თაობის ინფორმირების აქტუალურობა კიდევ უფრო გაიზრდება მარიხუანას დეკრიმინალიზაციის შემთხვევაში.

### **პრობლემის მიუღებლობა და სირცხვილი**

სტიგმის გამო ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პაციენტს /მისი ოჯახის წევრს აქვს სირცხვილის გრძნობა, რომელიც ხელს უშლის აღიაროს საკუთარი მდგომარეობა, შედეგად დროულად არ მიმართავს საჭირო სპეციალისტს და რჩება მკურნალობის გარეშე ან იღებს არასწორ მკურნალობას.

ფსიქიატრს მიმართავენ მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში, როცა დაავადების სიმპტომები თვალსაჩინო ხდება ან არასწორი მკურნალობის შედეგად მწვავედება მისი მდგომარეობა. ფსიქიატრიული პრაქტიკა კი აჩვენებს, რომ რაც უფრო დაგვიანებულია მკურნალობა, მით მეტია პაციენტის უნარშეზღუდულობა.

სპეციალისტების თანახმად დაავადების დაწყება / მიმდინარეობა მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს მიმართავს თუ არა პაციენტი პირდაპირ ფსიქიატრს დახმარებისთვის. ხშირ შემთხვევაში დაავადება იწყება ფარულად, ადამიანი არ არის სოციალურად საშიში, არ აქვს სუიციდური აზრები, ასეთ შემთხვევაში შეიძლება წლები გავიდეს, სანამ პაციენტი ან მისი ოჯახის წევრი მიხვდება, რომ საჭიროა მიმართოს ფსიქიატრს. პირდაპირ ფსიქიატრთან მიმართვას მაშინ აქვს ადგილი როცა დაავადება იწყება ძალიან თვალსაჩინო სიმპტომებით (აგრესიული, სოციალურად საშიში ქცევა).

იმ შემთხვევაშიც კი, როცა უკვე დაავადების სიმპტომები თვალსაჩინოა, ოჯახის წევრები მაქსიმალურად ცდილობენ დამალონ ოჯახის წევრის მდგომარეობა, ცდილობენ არ გაიგონ ახლობლებმა, მეზობლებმა.

*„სამწუხაროდ, ჩვენს მენტალობაში არის ის, რომ მალავენ ასეთ შემთხვევებს. ჩემები თავიდან მალავდნენ ჩემი ძმა რომ დააწვინეს. 10-15 წელი არავინ იცოდა მისი ავადმყოფობის შესახებ. მისთვის უფრო ვაკეთებდით ამას, რომ ცუდად არ ეგრძნო თავი, რადგან მაშინ მუშაობდა და დადიოდა გარეთ.“*

ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირის ოჯახის  
წევრი

დისკუსიის მონაწილეები ოჯახების მიერ დაავადების დამალვის ერთ-ერთ მიზეზად ასახელებენ საზოგადოების მიმღებლობის დაბალ დონეს.

*„რომ ვიცი რა გარემო დამხვდება, ამიტომ შეიძლება გადავწყვიტო დავმალო პრობლემა და არ გამოვაჩინო, სხვა შემთხვევაში მგონია რომ პირიქით იქნებოდა“*

*ფოკუს ჯგუფის მონაწილე, 18-30 წელი*

ზოგ შემთხვევაში, მაშინაც კი როცა დაავადება რთულ ფორმებს იღებს და პაციენტი სოციალურად საშიშ ქცევებს ავლენს, ოჯახის წევრები თავს იკავებენ მიმართონ ფსიქიატრიულ დახმარებას. ფიქრობენ, რომ ფსიქიატრიულ სტაციონარში პაციენტის მოთავსება ნიშნავს „ფსიქიატრიულში ჩაბარებას“, მიტოვებას, თვლიან რომ ასეთ შემთხვევაში ოჯახის წევრი გაიკიცხება:

*„ჩემი ოჯახის წევრი რომ იყოს ფსიქიურად დაავადებული და ჩავაბარო, მერე ყველა ნაცნობი/ნათესავი შემოგხედავს სხვანაირი თვალით.“*

*„ახლა იყო წალენჯიხაში, ფსიქიკურად დაავადებულმა 35 წლის მამაკაცმა ოჯახის წევრებს ნაჯახით თავი მოკვეთა. როცა ხედავდნენ მშობლები ხომ ხვდებოდნენ, მეზობლები ეხვეწებოდნენ ფსიქიატრიულში გადაყვანას, მშობლებმა არ გადაიყვანეს და აი რა მოხდა...“*

*ფოკუს ჯგუფის მონაწილე 30-60 წელი*

ოჯახის წევრებს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირის ფსიქიატრიულ კლინიკაში მკურნალობას ზოგ შემთხვევაში ურჩევნიათ პაციენტი გამოკეტონ, იზოლაციაში ამყოფონ, დააბან კიდევ.

*„ერთი შემთხვევა გვქონდა ორი ფსიქიატრი წაგვიყვანა მანქანით პატრონმა, შეგვიშვა ეზოში და გარედან ჩაგვიკეტა კარები. როგორც მერე აღმოჩნდა, ჩამორჩენა იყო და არ გვერჩოდა ჩვენ ავადმყოფი, მთლიანად მოშლილი ჰქონდა უნარები, სანიტარული უნარჩვევები, ფეხებზე თოკით დაბმის ნიშნებიც ეტყობოდა, პატრონს ვკითხეთ რატომ არ აწვენდა პაციენტს, გაცილებით უკეთ იქნებოდა შემონახული, უნარ-ჩვევები ექნებოდა. რას ამბობთ ფსიქიატრიულში როგორ დავაწვენ ძმასო, არადა ცხოველივით იყო გამომწყვდეული.“*

## ფსიქიატრი

ფსიქიატრიულ კლინიკებზე მსჯელობისას საზოგადოება ხელმძღვანელობს იმ წარმოდგენებით, რაც წლების განმავლობაში ჩამოყალიბდა ფსიქიატრიული დაწესებულებების შესახებ. ფსიქიატრიული დაწესებულება განიხილება როგორც ინსტიტუცია, სადაც არის მძიმე პირობები, სადაც ირღვევა პაციენტების უფლებები, ხდება ძალისმიერი მეთოდების გამოყენება.

*„ჩვენთან არ სურთ ფსიქიატრიულში ადამიანის დატოვება, რა პირობებია იქ... ნორმალური და გამართული რომ იყოს კი.“*

*მოსახლეობა*

*„პრობლემა არის საავადმყოფოებში და იმ გარემოში რომელიც გვაქვს. ჩემი მეგობრის ოჯახი ვერ იმეტებს ოჯახის წევრს რომ გაუშვას სამკურნალოდ, ეცოდებათ, არადა რეალურად ამ ადამიანს სჭირდება ეს. ალბათ ეშინიათ საზოგადოების რეაქციის. საბოლოო ჯამში ოჯახი უძლებს ამ ყველაფერს.“*

*მოსახლეობა*

## ფსიქოლოგები

საზოგადოების არაინფორმირებულობისა და გავრცელებული სტერეოტიპების გამო საკმაოდ ხშირია შემთხვევები, როცა ადამიანი მიმართავს ფსიქოლოგს დახმარებისთვის, მაშინ როცა რეალურად მას ფსიქიატრიული დახმარება სჭირდება. ფსიქიატრების საკუთარ გამოცდილებაზე დაყრდნობით აცხადებენ, რომ ზოგჯერ ფსიქოლოგის მიერ არ ხდება დროული გადამისამართება ფსიქიატრთან. ფსიქიატრები მიიჩნევენ რომ ფსიქოლოგის ჩართვა მკურნალობის და რეაბილიტაციის რაღაც ეტაპზე აუცილებელი და ეფექტურია, თუმცა ფსიქოლოგები კარგად უნდა აცნობიერებდნენ საკუთარი კომპეტენციის ფარგლებს.

*„მე მყავდა პაციენტი რომელიც ერთ წელზე მეტი ხანი დადიოდა ფსიქოლოგთან. დანიშნული ჰქონდა კეტილეპტი, ერთ-ერთი ნეიროლეპტიკი, არ ვიცი საიდან აქვს ამის დანიშვნის უფლება. როცა გამწვავდა მდგომარეობა, ერთი წლის შემდეგ გადმოამისამართა ჩვენთან. ჩვენ რა თქმაუნდა მივესალმებით ფსიქოლოგის ჩართვასა მკურნალობის პროცესში, მაგრამ არის მდგომარეობა როცა ფსიქოლოგი ვერ იმუშავებს*

*პაციენტთან. ფსიქოლოგმა უნდა უთხრას პაციენტს, რომ დღეს მე შენთან ვერ ვიმუშავე, მაგრამ რაღაც პერიოდის შემდეგ კი.“*

*ფსიქიატრი*

## ***ჯანდაცვის წარმომადგენლების მიერ მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების პრევენცია და მართვა***

### **პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების წარმომადგენლები**

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების ექიმების პრაქტიკაში იშვიათად არის შემთხვევები, როცა მათთან მიდიან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პაციენტები. თუმცა მათი განცხადებით, თუ ჩივილების საფუძველზე მათ უჩნდებათ ეჭვი, რომ პაციენტი უნდა გადაამისამართონ ფსიქიატრთან, უჭირთ ასეთი რეკომენდაციის მიცემა პაციენტისთვის, რადგან როგორც წესი ეს აფრთხობს პაციენტს. საზოგადოებაში გავრცელებული სტერეოტიპების გამო მათ უწევთ გადამისამართება ნევროლოგთან<sup>1</sup>, მიუხედავად იმისა რომ აცნობიერებენ, რომ უმჯობესი იქნებოდა ფსიქიატრთან გაეწყო კონსულტაცია პაციენტს.

*„პაციენტებს სიტყვა ფსიქიატრის გაგება არ უნდათ. ურჩევნიათ ნევროლოგი, ფსიქო-ნევროლოგი და ასე მოსაზღვრე სპეციალობები, რომლებიც ფსიქიატრები არ არიან.“*

### **პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების წარმომადგენელი**

*„პრობლემა არის თვითონ ფსიქიატრთან კონსულტაციაც კი, როგორც კი ვახსენებთ, ცუდი რეაქცია აქვთ ხოლმე. გვიჩვენს ახსნა რომ ფსიქიატრთან კონსულტაცია არ არის ტრაგედია და ისინი ბევრ რამეს მკურნალობენ.“*

### **პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების წარმომადგენელი**

*„უნდათ რომ ნევროლოგთან გავუშვათ, ნევროლოგია სხვა დარგია და ფსიქო-ემოციური სფეროს აშლილობა სხვა, ამის მიუღებლობაა.“*

### **პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების წარმომადგენელი**

<sup>1</sup> არსებული კანონმდებლობით ზოგიერთი ფსიქიატრიული დაავადებების მართვის უფლება მიიღეს ნევროლოგებმა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის №01-8/ნ ბრძანების დანართი 2 (2015 წლის 30 მარტი) და №01-21/ნ ბრძანების დანართი 12 (2015 წლის 15 ივლისი)

პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმები საერთო ჯამში არ უყურებენ ნეგატიურად იმ ფაქტს, რომ ნევროლოგებს აქვთ F კოდის მქონე დაავადებების ნაწილის მართვის უფლება, რადგან ნევროლოგები შუალედური რგოლის ფუნქციას კისრულობენ, გამორიცხავენ ნევროლოგიურ დაავადებებს და საბოლოო ჯამში მაინც ფსიქიატრთან ამისამართებენ. არსებული გამოცდილების საფუძველზე ექიმები ასკვნიან, რომ ნევროლოგისგან უფრო ადვილად მიდიან ფსიქიატრთან, ვიდრე პირდაპირ თერაპევტებისგან.

*„სანამ ნევროლოგი არ დაადასტურებს, რომ ეს არის ფსიქიატრის პაციენტი, ძალიან გვიჭირს ხოლმე პაციენტის და ოჯახის წევრების დარწმუნება.“*

*პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების წარმომადგენელი*

ფსიქიატრები ნეგატიურად უყურებენ პირველადი ჯანდაცვის რგოლის წარმომადგენლების მიერ ნევროლოგთან გადამისამართების ამ გავრცელებულ პრაქტიკას. ისინი თვლიან, რომ საკმაოდ ხშირია შემთხვევები, როცა ნევროლოგის მიერ არასწორად ხდება დიაგნოზის დასმა და მკურნალობა, რაც საბოლოო ჯამში ამწვავებს პაციენტის მდგომარეობას.

*„დისოციაციური აშლილობები, დეპრესია, ნევროზული სპექტრის დაავადებები არის ფსიქიატრიის სფერო. არიან ადამიანები, რომლებსაც არ აქვთ დეპრესიის კლინიკა, მაგრამ ნევროლოგები უსვამენ დეპრესიის დიაგნოზს. იწყება არასწორი მკურნალობა, პაციენტი და მისი ახლობლები ელიან გაუმჯობესებას რაღაც პერიოდის განმავლობაში, ამასობაში პაციენტი მწვავდება. და ასეთი შემთხვევები საკმაოდ ბევრია.“*

*ფსიქიატრი*

პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმები მიიჩნევენ, რომ ფსიქიატრთან გადამისამართების ნაცვლად ნევროლოგთან კონსულტაციის გამოყენების მიზეზი თავად პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მოუმზადებლობაა.

*„პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმებიც მოუმზადებლები ვართ. ვერ ვუბედავთ პაციენტს იმის თქმას რომ ფსიქიატრის კონსულტაცია სჭირდება. პაციენტები „შზა დიაგნოზით“ მოდიან ხოლმე, თვითონ ირჩევენ ნევროზის დიაგნოზს. ვცდილობთ ვუთხრათ, რომ ყველაფერს ნევროზს ვერ დავაბრალებთ. შეიძლება არც ნევროლოგისგან არ მიიღონ, მაგრამ ოჯახის ექიმებისგანაც არ იღებენ ამ ინფორმაციას.“*

*პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების წარმომადგენელი*

იმ კლინიკებში, სადაც ემსახურებიან კერძო სადაზღვევო პაკეტის მფლობელებს, როგორც წესი არ არიან ფსიქიატრები, რადგან დაზღვევა არ ფარავს ფსიქიატრის კონსულტაციას და ფსიქიატრიულ მედიკამენტებს. ზოგ შემთხვევაში ფსიქიატრიული სერვისების დაუფინანსებლობაც ხდება ხოლმე მიზეზი, რომ პაციენტები უარს აცხადებენ ხოლმე ფსიქიატრთა გადამისამართებაზე.

*„დაზღვევა აქტიურად ვერ ერთვება ამ შემთხვევაში, არ ფინანსდება, შესაბამისად პაციენტის ინიციატივაზე დამოკიდებული წავა თუ არა ფსიქიატრთან. თუმცა ნევროლოგთან რამდენიმე კონსულტაციის შემდეგ იგებენ, რომ ჯობს ეს მდგომარეობა მართოს ფსიქიატრმა. უნდა ვთქვა, რომ ახალგაზრდა თაობაში მეტად შეინიშნება მიმღებლობა ამ საკითხების მიმართ, ნაკლებია სტერეოტიპები.“*

#### *პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების წარმომადგენელი*

ოჯახის ექიმებს ასევე უწევთ პაციენტის ოჯახის წევრების კონსულტირებაც, პრობლემის მნიშვნელოვნების ჩვენება. როგორც ისინი აცხადებენ, არის შემთხვევები როცა ფსიქიატრიული პაციენტის ოჯახის წევრები მეტ მნიშვნელობას ანიჭებენ მის სომატურ დაავადებას, ვიდრე ფსიქიკურს.

*„ოჯახის წევრებს არ ჰქონდათ გაცნობიერებული, რომ ეს არის სერიოზული პრობლემა, რომელსაც არ შეიძლება შევხედოთ მსუბუქად და ზერელედ, კომიკურად, ირონიულად და ამას სჭირდება მკურნალობა. ეს პაციენტი კატარაქტის გამო იყო მოსული, თუმცა ასევე მისი ფსიქიკური დაავადებაც არ იყო მართული და ორივეზე გაეწია კონსულტაცია.“*

#### *პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების წარმომადგენელი*

პირველადი ჯანდაცვის წარმომადგენლები აცხადებენ, რომ საკმაოდ დაბალია მათი, პირადი ექიმების / ოჯახის ექიმების ინფორმირება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მართვის შესახებ, სად შეიძლება მიიღონ ასეთმა პაციენტებმა კონსულტირება, კონკრეტულად ვისთან გადაამისამართონ პაციენტი, რა სერვისები სთავაზობს სახელმწიფო ან საზოგადოებრივი ორგანიზაციები მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებს. მათი აზრით აუცილებელია პირველადი რგოლის ექიმებისთვის ტრენინგების ჩატარება, საინფორმაციო ბუკლეტების მომზადება ამ საკითხებზე.

*„ვისურვებდი რომ მეტად ვიყოთ ინფორმირებული. ჩვენ გვაქვს პირველადი კონტაქტი პაციენტებთან და ჯობს მეტ ინფორმაციას ვფლობდეთ. არის ინფორმაციის ნაკლებობა ნამდვილად.“*

*პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების წარმომადგენელი*

პირველადი ჯანდაცვის წარმომადგენლების აზრით მნიშვნელოვანია, რომ მათთვის შეიქმნას გაიდლაინები, როგორ უნდა მოიქცნენ მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პაციენტების მომართვის შემთხვევაში, როგორ მიაწოდონ ინფორმაცია სწორად, როგორ დაითანხმონ პაციენტი / მისი ოჯახის წევრი.

*„რამე გაიდლაინი არ გვაქვს, გვაქვს ცუდი ამბის შეტყობინების გაიდლაინი და იმას თუ გამოვიყენებთ. ნამდვილად კარგი იქნება თუ იარსებებს ასეთი გაიდლაინები“*

*პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების წარმომადგენელი*

სამედიცინო სფეროს სპეციალისტების მხრიდან მშობლებთან არასწორ კომუნიკაციაზე გაამახვილეს ყურადღება მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ბავშვების დედეებმაც. მოყოლილი ისტორიებიდან ცხადი ხდება, რომ საკმაოდ ხშირია შემთხვევები როდესაც პოლიკლინიკების, სასწრაფოს ექიმებმა არ იციან როგორ მიაწოდონ ინფორმაცია დედეებს ბავშვების დიაგნოზის შესახებ ინფორმაცია.

*„ექიმი ისე უყურებდა ბავშვს თითქოს დამთავრდა ყველაფერი, აუტიზმი აქვსო და მეთქი რა არის აუტიზმი. ზარი რომ ჩამოკრავს უბედურების, ისე იყო. მთელი ცხოვრება ასეთი იქნებაო, სკოლაში 8-9 წლის წავაო და ასე რომ ეუბნები მშობელს, რომელმაც არაფერი იცის საერთოდ შშმ-ებზე. ექიმისგან რომ გამოვედი მინდოდა მანქანას შევვარდნოდი.“*

*აუტისტური სპექტრის აშლილობის დიაგნოზის მქონე ბავშვის მშობელი*

*„ჩემი ფეხმძიმე მეგობარი იყო ექიმთან მისული, რომელსაც პირველი აუტისტი შვილი ჰყავდა, ექიმმა მუცელზე მოკიდა ხელი და ასე უთხრა, ამას რომ აჩენ, ჩემთვის არ უნდა გეკითხო? მანქანამდე გამომიტანესო, ისე გამოვედიო, მეგობარმა“.*

## *აუტისტური სპექტრის აშლილობის დიაგნოზის მქონე ბავშვის მშობელი*

### **ფსიქიატრები**

ფსიქიატრების აზრით ფსიქიატრიული სერვისების დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესში ძალიან მნიშვნელოვანი იყო ასათიანის სახელობის ფსიქიატრიის ინსტიტუტთან არსებული საავადმყოფოს დაშლა რამოდენიმე სტაციონარად და ამბულატორიად. მულტიპროფილურ კლინიკებში გაჩნდა ფსიქიატრიული განყოფილებები, რაც მნიშვნელოვანი ნაბიჯი იყო სფეროს სტიგმატიზაციის წინააღმდეგ. მულტიპროფილურ კლინიკებში ფსიქიატრის არსებობა აუმჯობესებს ფსიქიატრიული სერვისების ხელმისაწვდომობას, ზოგადი პროფილის ექიმისთვის შედარებით ადვილია პაციენტის გადამისამართება მულტიპროფილურ დაწესებულებაში არსებულ ფსიქიატრიულ განყოფილებაში, ვიდრე ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში. შედეგად გაიზარდა მიმართვიანობა. თუმცა სპეციალიტების აზრით ეს ძალისხმევა არ არის საკმარისი, რეფორმა უნდა გაგრძელდეს, მნიშვნელოვანია რომ ფსიქიატრთან კონსულტაციის მიღება შესაძლებელი იყოს პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დაწესებულებებში, განვითარდეს სათემო სერვისები. ამ ეტაპზე თემზე დაფუძნებული სერვისები ძირითადად დონორი ორგანიზაციების მონაწილეობით ხორციელდება, თუმცა თბილისში ამ სერვისების დაფინანსებაში ჩაერთო თბილისის მერიაც.

### **სტაციონარული მკურნალობის კრიტერიუმები**

ფსიქიატრიულ სტაციონარში პაციენტი შეიძლება მოხვდეს ან ნებაყოფლობით ან იძულებით. ნებაყოფლობითი სტაციონირების ფორმალიზებული კრიტერიუმები არ არსებობს, თუმცა თუ პაციენტს უმწვავედება სიმპტომები, იზრდება სტრესის დონე, ერღვევა სოციალური ფუნქციონირება და აქვს სურვილი, ის პაციენტის შეიძლება მოთავსდეს სტაციონარში. არანებაყოფლობითი სტაციონირების შემთხვევაში არსებობს სამართლებრივი კრიტერიუმები: მდგომარეობის გაუცნობიერებლობა, სხვისთვის ან საკუთარი თავისთვის საშიში ქცევა, მატერიალური ზარალის მიყენება სხვისთვის ან საკუთარი თავისთვის. მდგომარეობის გამწვავების დროს როგორც წესი პაციენტის ოჯახის წევრი იძახებს სასწრაფოს და პატრულს და ხდება მისი გადაყვანა სტაციონარში. სტაციონარში მოხვედრიდან 48 საათის განმავლობაში ფსიქიატრი მიმართავს სასამართლოს ნებართვის მისაღებად. სასამართლოსთვის მიმართვიდან კიდევ 24 საათის განმავლობაში სასამართლომ უნდა მიიღოს გადაწყვეტილება დააკმაყოფილებს თუ



არა ფსიქიატრის მოთხოვნას. სასამართლო გადაწყვეტილების მიღებამდე თუ პაციენტის ქცევა არის საშიში საკუთარი თავისთვის ან გარშემომყოფებისთვის, ფსიქიატრს აქვს უფლება ერთჯერად გაუკეთოს პაციენტს ინექცია. იმის გამო, რომ მოსამართლეები ძალიან დატვირთულნი არიან და თითოეულ მათგანს ბევრი საქმე აწერიათ, დროულად არ ხდება სასამართლოს ნებართვის აღება და ყოფილა შემთხვევები როცა ფსიქიატრები იძულებულნი ყოფილან 2-3 დღე ერთჯერადი ჩარევით ემართათ აგრესიას. ფსიქიატრები თვლიან, რომ ამ თვალსაზრისით კანონში ხარვეზია.

### **მკურნალობის კურსის არჩევა**

რამოდენიმე წლის წინ გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიის (GIP) პროექტის ფარგლებში მოხდა ძირითადი დაავადებების მკურნალობის გაიდლაინების თარგმნა ქართულ ენაზე (შიზოფრენია, დეპრესია, დემენცია, ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა - ძირითადად დაავადებები, რომელთაც სტაციონარული მკურნალობა ესაჭიროება). მას შემდეგ ამ კუთხით არ გაგრძელებულა მუშაობა. ფსიქიატრების აზრით ძალიან მნიშვნელოვანი და სასარგებლოა დეტალური გაიდლაინების არსებობა მკურნალობის კურსის არჩევის, წამლის დოზის დანიშვნის დროს. გაიდლაინების არსებობა იცავს შეცდომისა და სუბიექტურობისგან ფსიქიატრს და იცავს პაციენტის უფლებებს.

სტაციონარში ხდება სიმპტომური მკურნალობა (თუ პაციენტს აქვს ჰალუცინაციები, ენიშნება ანტიფსიქოზური მედიკამენტები, შფოთვის დროს - ტრანკვილიატორი, დეპრესიის დროს - ანტიდეპრესანტები). მკურნალობის კურსის შერჩევა ხდება პაციენტის მდგომარეობის და სიმპტომების მიხედვით, ასევე მნიშვნელოვანი ფაქტორია პაციენტის ნება.

მედიკამენტების არჩევისას ხდება პაციენტების სურვილის გათვალისწინება, თუმცა პირველი შემთხვევის დროს პაციენტმა არ იცის რომელ წამალზე ექნება უფრო ნაკლები უკუჩვენებები. მეორე ან მესამე შემთხვევისას კი ხდება იმ მედიკამენტის დანიშვნა, რომლის დროსაც პაციენტს ნაკლები დისკომფორტი აქვს.

### **გაწერის კრიტერიუმები**

თუ პაციენტი არ აკმაყოფილებს არანებაყოფლობითი მკურნალობის კრიტერიუმს და უნდა გაწერა, კანონი ექიმს ავალდებულებს გაწეროს პაციენტი. პაციენტი მიმართავს თხოვნით ექიმს, გადაწყვეტილებას იღებს კონსილიუმში. მაგრამ თუ პაციენტი არ ითხოვს გაწერას, მკურნალობა გრძელდება მდგომარეობის გაუმჯობესებამდე. ფიქსირებული დაყოვნების (სტაციონარული მკურნალობის) ვადის ცნება არ არსებობს. სტაციონარში მკურნალობა გრძელდება სანამ ამის

აუცილებლობა არსებობს. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრში“ პაციენტის დაყოვნების ვადა დამოკიდებულია პაციენტის ფსიქიკური მდგომარეობის დინამიკაზე. სასამართლოს გადაწყვეტილებით არანებაყოფლობითი მკურნალობაზე პაციენტი რჩება არაუმეტეს 6 თვის ვადით. თუ პაციენტის მდგომარეობა საჭიროებს ამ ვადის ამოწურვის შემდეგ მკურნალობის გაგრძელებას, კვლას საჭიროა სასამართლოში მიმართვა. როგორც ნებაყოფლობითი ისე არანებაყოფლობითი მკურნალობის შემთხვევაში, როცა ჩაითვლება, რომ პაციენტმა შესაძლებელია მკურნალობა გააგრძელოს ამბულატორიულად (არ არის აგრესიული, სოციალურად საშიში, არ არსებობს სუიციდის, ზიანის ან ზარალის მიყენების საშიშროება) შესაძლებელია მისი გაწერა.

### **ოჯახის როლი პაციენტის მკურნალობის პროცესში**

სპეციალისტების აზრით პაციენტის გაწერისას უმნიშვნელოვანესია ოჯახის მხარდაჭერა. თუ პაციენტს კარგი ოჯახური მხარდაჭერა აქვს, მისი სტაციონარში დაბრუნების ალბათობა ბევრად ნაკლებია, ვიდრე იმ პაციენტის, რომელსაც დაძაბული გარემო აქვს ოჯახში.

*„სიმპტომებს იმდენად არ აქვს მნიშვნელობა პაციენტის გაწერისას, რამდენადაც ოჯახის დამოკიდებულებას. ყოფილა შემთხვევები, გამიწერია ავადმყოფი, რომელიც ბოლომდე არ იყო გამოჯანმრთელებული და იგი არასოდეს დაბრუნებულა უკან სტაციონარში, რადგან ჰქონდა კარგი ოჯახური მხარდაჭერა. ძირითადად სტაციონარში ბრუნდებიან ის პაციენტები, რომლებსაც არ აქვთ ოჯახური მხარდაჭერა. ხშირად მქონია განცდა, ახლა გავა და გაამწვავენ, შეიძლება მოიგონოს ოჯახმა კონფლიქტი, უთანხმოება, მოიყვანენ უკან და იტყვიან - აი იჩხუბა. ჩვეულებრივი ოჯახური კონფლიქტის დროსაც შეიძლება იჩხუბოს ადამიანმა, მაგრამ თუ ეს ადამიანი ოდესღაც იწვა ფსიქიატრიულში, ამას შეიძლება დააბრალონ მისი გაღიზინება და არა იმას, რომ ამჯერად სხვა რამეში იყო საქმე. ანუ ეს დამლა მთელი ცხოვრება მიყვება მას. ოჯახი ასევე ახდენს მის სტიგმატიზაციას.“*

ფსიქიატრი

ოჯახის წევრების მხრიდან არის ხოლმე პაციენტის თავიდან მოშორების ტენდენციები, სტაციონარში მისი დიდხანს დაყოვნების სურვილი. ფსიქიატრების აზრით ამას რამოდენიმე მიზეზი შეიძლება ჰქონდეს. ოჯახებისთვის ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტზე ზრუნვა დიდი ტვირთია, როგორც ემოციურად ისე

ფინანსურად. ასეთი ადამიანი როგორც წესი არ მუშაობს, აქვს მცირე პენსია. სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ამბულატორიული მკურნალობის მედიკამენტების ხარისხი ძალიან ცუდია, კარგი მედიკამენტები კი საკმაოდ ძვირი. ამიტომ ოჯახები, რომელთაც არ აქვთ შესაძლებლობა, რომ თვითონ იყიდონ მედიკამენტები, ეძებენ გამოსავალს სტაციონირებაში.

ზოგ შემთხვევაში არის სიტუაციები, როცა პაციენტს უნდა გაწერა, ის აკმაყოფილებს გაწერის კრიტერიუმებს, მაგრამ ოჯახს არ უნდა მისი დაბრუნება, ასეთ შემთხვევაში ფსიქიატრები რთავენ სოციალურ მუშაკებს. ცდილობენ აუხსნან ოჯახის წევრებს, რომ მკურნალობის ამბულატორიაში გაგრძელება პაციენტის უფლებაა.

### **ამბულატორიული მომსახურება**

სპეციალისტები აცხადებენ, რომ მძიმე ფსიქიკური აშლილობების შემთხვევაში პაციენტის სტაბილურ მდგომარეობამდე მიყვანისთვის მხოლოდ ფსიქოფარმაკოლოგიური ჩარევა არ არის საკმარისი. აუცილებელია ფსიქოთერაპია, სოციალური რეაბილიტაცია, ოკუპაციური თერაპია. სტაციონარებს ასეთი სერვისების შეთავაზების შესაძლებლობა არსებული დაფინანსების პირობებში არ აქვთ. დიდი საავადმყოფოები ამჟამად ასრულებენ უფრო საცხოვრისის, ვიდრე სამკურნალო -სარეაბილიტაციო ფუნქციას.

სერვისების მიღების თვალსაზრისით სტაციონარიდან გაწერის შემდეგ პაციენტებს არ აქვთ დიდი არჩევანი. ამბულატორიული მომსახურებისა და ასერტული ჯგუფების (თემზე დაფუძნებული სერვისები) მომსახურების გარდა, არსებობს მხოლოდ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ასოციაციასთან არებული „ფსიქო სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრი“. ცენტრში ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების თერაპია და სოციალურ უნარ-ჩვევათა განვითარება სხვადასხვა მეთოდებით ხორციელდება (ჯგუფური და ინდივიდუალური ფსიქოთერაპია, ხელოვნებით თერაპია, ერგოთერაპია). თუმცა ამ ცენტრის რესურსები შეზღუდულია, ის მხოლოდ თბილისში ფუნქციონირებს და ძირითადად დონორი ორგანიზაციების მიერ ფინანსდება. მისი სერვისის მიღება დაახლოებით 30 ბენეფიციარს შეუძლია.

### **სოციალური მუშაკები**

სოციალური მომსახურების სააგენტოში დასაქმებული სოციალური მუშაკების ფუნქციები საკმაოდ ფართოა. ჩვენი კვლევის ამოცანების ჭრილში სააგენტოში დასაქმებული სოციალური მუშაკის ფუნქცია ბავშვებთან და ოჯახებთან მიმართებაში მდგომარეობს შემდეგში:

- ბავშვისა და ოჯახის საჭიროებათა შეფასება;

- ბიო-ფსიქო-სოციალური დასკვნის წარდგენა რეგიონული საბჭოსათვის და ბავშვისა და ოჯახისათვის აუცილებელი თანადგომის შეთავაზება (ოჯახის დამხმარე მომსახურებები);
- ბიო-ფსიქო-სოციალური დასკვნის საფუძველზე ბავშვებისათვის ზრუნვის ალტერნატიული ფორმის შეთავაზება (ოჯახის ჩამნაცვლებელი მომსახურებები) რეგიონული საბჭოსათვის;
- ინდივიდუალური განვითარების გეგმის ჩამოყალიბება ბავშვისა და ოჯახის საჭიროებათა გადასაწყვეტად;
- რეგულარული მონიტორინგ ვიზიტები ბავშვის მდგომარეობის მუდმივი კონტროლის მიზნით;
- არასრულწლოვანისათვის მეურვის/მზრუნველის დანიშნვის პროცესში შესაბამისი დასკვნის მომზადება და ტერიტორიული ორგანოსათვის წარდგენა
- სრულწლოვანი პირისათვის მეურვის/მზრუნველის დანიშნვის პროცესში შესაბამისი დასკვნის მომზადება და ტერიტორიული ორგანოსათვის წარდგენა;

სოციალური მუშაკების მუშაობის შესახებ კითხვები ესმებოდათ როგორც ე.წ. საადვოკაციო ჯგუფის წევრებს, ფსიქოლოგებს / ფსიქიატრებს და თავად სოციალურ მუშაკებს.

სოციალური მუშაკები აცხადებენ, რომ მათ როგორც წესი მშობლები/ოჯახის წევრები თავად მიმართავენ ამათუიმ სერვისში ჩასართველად (დღის ცენტრები ბავშვებისთვის და მოზრდილებისთვის, მეურვეობა, მხარდაჭერა, სადღეღამისო პანსიონატები, სათემო ორგანიზაციები, ბავშვებისთვის ადრეული განვითარების პროგრამები 5 წლამდე და 6-დან სრულწლოვანებამდე). როგორც წესი სერვისების შესახებ ინფორმირება მათ არ უწყევთ, რადგან თვითონ სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენლებმა კარგად იციან რა სერვისებს სთავაზობს სახელმწიფო მათ, ერთმანეთისგან იგებენ, სამკურნალო დაწესებულებები, პედიატრები აცნობენ. შესაბამისად სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენლები სოციალურ მუშაკებს უკვე არსებული დიაგნოზითა და სტატუსით მიმართავენ.

სოციალური მუშაკები ჩართულები არიან ბენეფიციარების მდგომარეობის შეფასებაში, შესაბამის დაწესებულებაში ჩართვის ან ამორიცხვის პროცესში. შეფასებას ახდენენ ჯანმრთელობის დამადასტურებელი ცნობების (ფორმა 100) და სოციალურად დაუცველის ქულების მიხედვით. სოციალური მუშაკები დაწესებულების ტიპის, პროგრამის, ქვეპროგრამის არჩევისას ხელმძღვანელობენ კრიტერიუმებით, რომლებიც გაწერილია მთავრობის დადგენილებაში

("სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის სახელმწიფო პროგრამა"), სწორედ ამ დადგენილების მიხედვით ხდება ბენეფიციარის ამათუიმ ტიპის დაწესებულებაში გადამისამართება, პროგრამაში ჩართვა. სოციალური მუშაკის ფუნქციაა გაუწიოს ბენეფიციარს კონსულტაცია იმის თაობაზე თუ მისი დიაგნოზის (დოკუმენტურად დადასტურებული) მიხედვით რომელ სახელმწიფო პროგრამაში ეკუთვნის ჩართვა.

სოციალური მუშაკების აზრით სხვადასხვა ტიპის დაწესებულებების შედარება არ შეიძლება, რადგან თითოეული მათგანი განკუთვნილია გარკვეული კატეგორიის ბენეფიციარებისთვის, რომელთა კრიტერიუმებს განსაზღვრავს ზემოთ ხსენებული მთავრობის დადგენილება.

სოციალური მუშაკები არ არიან ჩართულნი მიღებული სერვისით ბენეფიციარების კმაყოფილების შეფასებაში. ბენეფიციარები თავად ირჩევენ დაწესებულებას. ბენეფიციარს ამათუიმ დაწესებულების სერვისით უკმაყოფილების შემთხვევაში შეუძლიათ შემდეგ თვეში კუთვნილი ვაუჩერი გამოიყენონ სხვა დაწესებულებაში.

სოციალური მუშაკის ერთ-ერთი ფუნქციაა ჩაერთოს ბავშვთა მიმართ ძალადობა / უგულვებელყოფის შემთხვევებში. სოციალური მუშაკები აცხადებენ, რომ მათ პრაქტიკაში არის შემთხვევები, როცა ბავშვის მშობელს აქვს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები და სახეზეა ბავშვთა მიმართ ძალადობა / უგულვებელყოფა. ასეთი სიტუაციების მართვისას სოციალური მუშაკები აწყდებიან პრობლემებს. თუ მშობელს იმ მომენტში არ აქვს გამწვავებული მდგომარეობა, არ არის აგრესიული ბავშვის მიმართ და მხოლოდ უგულვებელყოფის ნიშნებია სახეზე (წლების განმავლობაში სკოლაში არ უშვებს ბავშვს) ფსიქიატრის ჩართვა ვერ ხერხდება. სოციალური მუშაკები აცხადებდნენ რომ ასეთ სიტუაციებში უძლურები არიან.

*„მე მაქვს ასეთი შემთხვევა, დედა არ ყვირის, არ ჩხუბობს, ფიზიკურად არ ძალადობს ბავშვზე, მაგრამ თვლის, რომ სკოლაში კარგს ვერაფერს ისწავლის, ჯობია იყოს სახლში, ბავშვი წლები არ დადის სკოლაში. გამოძახებული სასწრაფოს ექიმი ამბობს, რომ პაციენტი ჯანმრთელია. მიმართვიანობა არ ყოფილა არასოდეს, არ მოთავსებულა სტაციონარში. სასწრაფოს ექიმს არ აქვს უფლება გამოიძახოს ფსიქიატრიული დახმარება, თავად ფსიქიატრებიც ასეთ შემთხვევაში უძლურები არიან, რადგან არ აქვთ იძულებითი სტაციონირების უფლება“.*

## სოციალური მუშაკი

სოციალური მუშაკები აცხადებენ რომ მათ გავლილი აქვთ ტრენინგი შშმ პირებთან ურთიერთობის და მათთან მუშაობის საკითხებზე. ტრენინგი ეხებოდა ყველა ტიპის შეზღუდვას და საკმაოდ ინფორმატიული იყო მათთვის. თუმცა თვლიან, რომ ასეთი ტიპის ტრენინგები მომავალშიც უნდა გაგრძელდეს.

სოციალური მუშაკების ვალდებულებას არ წარმოადგენს ბენეფიციარების დასაქმებისა და ინკლუზიური განათლების პროცესში ჩართვა, მათი თქმით, შეუძლით მხოლოდ რეკომენდაციის გაწევა ოჯახის წევრების / მშობლისთვის.

### სომატური დაავადებების სფეროს სპეციალისტები

ფსიქიატრიული სერვისების დეინსტიტუციონალიზაციის შედეგად ასათიანის სახელობის ფსიქიატრიის ინსტიტუტთან არსებული ფსიქიატრიული საავადმყოფოს მაგივრად მულტიპროფილურ კლინიკებში გაკეთდა ფსიქიატრიული განყოფილებები. ეს ცვლილება მნიშველოვანი ნაბიჯი იყო დეინსტიტუციონალიზაციის კუთხით. თუმცა როგორც აღმოჩნდა ექიმებში და სხვა სამედიცინო პერსონალშიც მაღალი იყო ფსიქიატრების სტიგმატიზაცია.

*„თავიდან ძალიან ბევრი პრობლემის გადალახვა მოგვიწია, რათა დანარჩენ ექიმებს ფსიქიკური პრობლემის მქონე ადამიანები ჩაეთვალათ სრულფასოვანი სამედიცინო მომსახურების ღირსად ნებისმიერი სხვა სომატური პრობლემის შემთხვევაში, დახმარებოდნენ მათ თანასწორად, როგორც არა ფსიქიკური თუ მენტალური პრობლემის მქონე ადამიანს. ამ მხრივ იყო მნიშველოვანი ნაბიჯი, რომ სამედიცინო სფეროს, სხვა ადამიანებს გაეგოთ, რომ არსებობს ფსიქიატრიული განყოფილება ჩვეულებრივ საავადმყოფოში. ფსიქიატრიაც მედიცინის ნაწილია, ესაც ჩვეულებრივი ჯანმრთელობის პრობლემა.“*

ფსიქიატრი

სასწრაფოს ექიმებს სრულფასოვანი მომსახურების გაწევაში ცოდნის ნაკლებობისა და გულგრილობის გარდა, ხელს უშლის სწორი ინფორმაციის უქონლობა ჯანდაცვის საყოველთაო პროგრამის ფარგლებში ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირების მკურნალობის დაფინანსებაზე. საყოველთაო დაზღვევით არ ფინანსდება ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების სომატური დაავადებების

მკურნალობა. მცდარი ინფორმაცია აქვთ ოჯახის წევრებსაც და იმ ფსიქიატრებს, რომლებიც არ მუშაობენ მულტიპროფილურ კლინიკებში. თუ ფსიქიური პრობლემით თავსდება ადამიანი ფსიქიატრიულ განყოფილებაში, პროგრამა აფინანსებს ფსიქიატრიას და არა სომატურ დაავადებებს.

## რეკომენდაციები საკომუნიკაციო სტრატეგიის შემუშავებისვის

### 1. ზოგადი რეკომენდაციები

- 1.1 საკომუნიკაციო სტრატეგია უნდა იყოს მიმართული ერთის მხრივ საზოგადოების ინფორმირებულობის გაზრდაზე და მეორეს მხრივ სტიგმის დაძლევაზე
- 1.2 მენტალური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული სტიგმის საწინააღმდეგო საკომუნიკაციო კამპანია უნდა მიმართული იყოს როგორც **ზოგადად საზოგადოების** მიმართ ისე შედარებით **მცირე სამიზნე ჯგუფებზე** (იხ. ჯგუფების ჩამონათვალი)
- 1.3 თითოეული ქვეჯგუფისთვის უნდა შემუშავდეს მათზე მორგებული საკონუმუნიკაციო მესიჯები და განისაზღვროს საკომუნიკაციო არხები.
- 1.4 თითოეული ჯგუფის შემთხვევაში უნდა განისაზღვროს რა არის სასურველი შედეგი (მაგალითად, ცნობიერების ამაღლება, დამოკიდებულების ცვლილება თუ ქცევის ცვლილება)
- 1.5 საკონუმუნიკაციო სტრატეგიის შემუშავებისას მნიშვნელოვანია უზრუნველყოფილი იყოს ყველა დაკავშირებული მხარის ჩართულობა (ხელისუფლების სხვადასხვა რგოლი, ჯანმრთელობის დაწესებულებები, საზოგადოებრივი ორგანიზაციები, თემის წარმომადგენლები)
- 1.6 ინფორმაციის წყაროების შერჩევისას მნიშვნელოვანია რომ წყარო იყოს სანდო
- 1.7 მნიშვნელოვანია წყაროდ გამოყენებული იქნას ადამიანები, ვინც წარმატებით მოახერხა მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების ფონზე სოციალური ფუნქციონირება
- 1.8 მითების და სტერეოტიპების დარღვევისთვის მნიშვნელოვანია ინფორმაციის წყაროდ გამოყენებული იქნენ სფეროს პროფესიონალები (ფსიქიატრები, ფსიქოლოგები, განათლების სფეროს სპეციალისტები)
- 1.9 საკომუნიკაციო სტრატეგიის შემუშავებისას უნდა იქნას გათვალისწინებული განვითარებულ ქვეყნებში სტიგმის დაძლევისკენ მიმართული საინფორმაციო კამპანიების წარმატებული გამოცდილება

### 2. საკომუნიკაციო სტრატეგია სამიზნე ჯგუფები

სტიგმის საწინააღმდეგო საკომუნიკაციო სტრატეგია უნდა მიმართული იყოს ქვემოთ ჩამოთვლილი სამიზნე ჯგუფებზე:

#### საზოგადოების სპეციფიური ჯგუფები

- ახალგაზრდები
- მოზარდები
- მშობლები
- ორსულები და ახალბედა დედები

#### ჯანდაცვის და სოციალური დაცვის სფეროს წარმომადგენლები

- პირველადი ჯანდაცვის რგოლის წარმომადგენლები
- სამედიცინო პროფილის სტუდენტები
- სომატური დაავადებების სფეროს ექიმები
- სოციალური მუშაკები

#### გადაწყვეტილების მიმღები პირები

- პოლიტიკის განმსაზღვრელი პირები
- საკანონმდებლო ორგანოს წარმომადგენლები
- აღმასრულებელი რგოლის წარმომადგენლები



**სამართლის სფეროს წარმომადგენლები**

- ადვოკატები და მოსამართლეები
- პოლიცია

**საგანმანათლებლო დაწესებულებების წარმომადგენლები**

- სკოლის პედაგოგები
- სკოლის ადმინისტრაცია
- უმაღლესი და პროფესიული განათლების სფეროს წარმომადგენლები

**სხვა ჯგუფები**

- მედია / ჟურნალისტები
- უფლებადამცველები
- სასულიერო პირები
- საადვოკაციო ჯგუფი (ორგანიზაციები და პირები, რომლებიც მუშაობენ მენტალური ჯანმრთელობის საკითხებზე)

**თემის წარმომადგენლები**

- მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები
- მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები ოჯახის წევრები

**3. საკომუნიკაციო სტრატეგიის ამოცანები**

მენტალური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული სტიგმისა რღვევისა და დისკრიმინაციული ქცევის პრაქტიკის აღმოფხვრისთვის მნიშვნელოვანია საკომუნიკაციო სტრატეგია წარიმართოს ორი მიმართულებით: საზოგადოების და სამიზნე ჯგუფების ინფორმირებულობის გაზრდა მენტალურ ჯანმრთელობაზე და სტიგმის განმსაზღვრელი სტერეოტიპებისა და სოციალური ნორმების დარღვევა

**3.1 ინფორმირებულობის გაზრდა მენტალური ჯანმრთელობის შესახებ**

მენტალურ ჯანმრთელობაზე საზოგადოების და სამიზნე ჯგუფების ინფორმირებულობის მიზანი უნდა იყოს მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების პრევენციის და ადრეული მიმართვიანობის გაზრდა, რისთვისაც მნიშვნელოვანია:

- მენტალური ჯანმრთელობის შესახებ ცოდნის გაზრდა საზოგადოებაში- მითების განეიტრალება ფაქტებით
- ფსიქიკური დაავადების სიმპტომების ამოცნობის შესაძლებლობების გაზრდა
- ბავშვთა გონებრივი განვითარების შეფერხებების პრევენციის პროგრამების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირება
- ორსულებისა და ახლბედა დედების ინფორმირებულობა ბავშვთა განვითარების ეტაპების შესახებ
- ჟურნალისტებისთვის საგანმანათლებლო მასალების მომზადება მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა საკითხების სწორი გაშუქებისთვის
- მედია პროფესიონალების სენსიტიურობის გაზრდა მენტალური ჯანმრთელობის მქონე პირების და მათი პრობლემების მიმართ, გაშუქებისას არადისკრიმინაციული ენის გამოყენება
- სამედიცინო პერსონალისთვის ინსტრუქციების (გაიდლაინების) მომზადება მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებთან და მათი ოჯახის წევრებთან კომუნიკაციის, მუშაობის შესახებ

- მოსამართლეებისთვის და ადვოკატებისთვის საგანამართლებლო მასალების მომზადება მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების საკითხებზე მუშაობისთვის

### 3.2 სტიგმის / სტერეოტიპული დამოკიდებულების დარღვევა

მენტალურ ჯანმრთელობაზე საზოგადოების ინფორმირებაზე მიმართული საკომუნიკაციო კამპანიის წარმოება გაზრდის საზოგადოების ცოდნას მენტალურ ჯანმრთელობაზე, თუმცა მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების მიმართ ქცევის შეცვლისთვის საჭიროა შეიცვალოს ის, რისი სჯერათ ადამიანებს, რა გონიათ (ფაქტობრივი რწმენები), რას გრძნობენ ადამიანები მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების მიმართ.

ჩვევაში არსებული და გაუცნობიერებული ქცევა მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების მიმართ რთული შესაცვლელია, რადგან მას საფუძვლად უდევს სოციალური ნორმები და/ან ძლიერი ემოცია, როგორცაა შიში არაპროგნოზირებადის მიმართ.

სტიგმის და სტერეოტიპული დამოკიდებულების რღვევა გრძელვადიანი ამოცანაა, ეს პროცესი შეიძლება ათეული წელი გრძელდებოდეს და აუცილებელია მას თან ახლდეს ქვეყანაში მენტალური ჯანმრთელობის დაცვის **სერვისების განვითარება**.

საკომუნიკაციო სტრატეგიაში უნდა მოხდეს დასაძლევნი ამოცანების პრიორიტეტიზაცია (მოკლევადიანი, საშუალოვადიანი და გრძელვადიანი ამოცანები)

სტიგმის შემცირების საწინააღმდეგო კამპანიის კომპონენტები:

- **სტერეოტიპების და ქცევის გაცნობიერება საზოგადოების მიერ** - არსებული სტერეოტიპების შესახებ საზოგადოების ინფორმირება, ღია დისკუსიები სხვადასხვა ჯგუფებში არსებული სტერეოტიპების, გავრცელებული ქცევის მოდელების შესახებ
- **მენტალური ჯანმრთელობის ბუნების, მისი წარმოშობის მიზეზები შესახებ საზოგადოების ინფორმირება**
- **მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემები მქონე პირების კრიმინალიზაციის შემცირება-** შემცირდეს საზოგადოების მხრიდან ადამიანების დადანაშაულება მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების ქონის გამო
- **მედიაში, მათ შორის სოციალურ მედიაში გავრცელებულ არასწორ / სტერეოტიპების გამამყარებელ ინფორმაციაზე რეაგირება** - მითების დამსხვრევა
- **სხვადასხვა სერვისების მიღების დროს დისკრიმინაციული პრაქტიკის წინააღმდეგ აქტივობები** - საგანამართლებლო დაწესებულებებში, ჯანდაცვის დაწესებულებებში

### 4. რა სტერეოტიპების და დამოკიდებულებების წინააღმდეგ უნდა იყოს მიმართული საინფორმაციო კამპანია

თვისებრივი კვლევის შედეგების მიხედვით შეგვიძლია გამოვყოთ საზოგადოებაში ყველაზე გავრცელებული სტერეოტიპები, რომელიც ხელს უშლის მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების დროულ გამოვლენას, ადრეულ მიაღწევადობას, პრობლემები მართვის სწორი პრაქტიკის განხორციელებას

- მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები არიან საშიშნი და არაპროგნოზირებადი;
- მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების აღიარება სირცხვილია;

- მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები არაკომპეტენტური/არასანდო სამუშაო ძალაა;
- მენტალური ჯანმრთელობის მქონე პირი არის სუსტი პიროვნება და მისი პიროვნული მახასიათებლებია დამნაშავე არსებულ პრობლემებში;
- ფსიქიკური დაავადება არის განაჩენი, ფსიქიკური დაავადების მქონე პირს არ აქვს შანსი გამოჯანრთელების / აღდგენის;
- „თუ დიდხანს იქნები ფსიქიკური დაავადების მქონე პირთან შენც ასეთი გახდები“
- ფსიქიატრები თავად არიან „პაციენტები“;
- ფსიქიატრთან „გიჟები“ დადიან/ თუ ფსიქიატრთან მკურნალობ „გიჟი ხარ“;
- ფსიქიატრიული მედიკამენტების მიღება უფრო „ადებილებს“ ადამიანს;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ოჯახის წევრის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში სტაციონირება („ფსიქიატრიულში დაწვენა“) ნიშნავს ოჯახის წევრის „თავიდან მოშორებას“;
- მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირი არის „ემშაკით შეპყრობილი“ / „მის გვარში ვინმემ დიდი ცოდვა ჩაიდინა“;
- მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მოგვრება შეიძლება გამოლოცვით / ლოცვების მოსმენით, ეკლესიური ცხორებით;
- გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვებთან ერთად სწავლა შეფერხების არ მქონე ბავშვების აკადემიურ მოსწრებაზე ცუდად მოქმედებს;

#### 4. რა ტიპის აქტივობების ინიცირება იქნება სასარგებლო

- 4.1 ქვეყნის მასშტაბით საზოგადოების ცნობიერების ამაღლებისკენ მიმართული მედია აქტივობები (გადაცემების ციკლი მენტალურ ჯანმრთელობაზე, სიუჟეტები მენტალური ჯანმრთელობის სფეროს სპეციალისტების მონაწილეობით, მედია პროდუქციაში /გადაცემებში მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების გამოჩენა...)
- 4.2 კონტაქტზე დაფუძნებული აქტივობების / ღონისძიებების ინიცირება - მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების და მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების არ მქონე პირების ერთობლივი ღონისძიებები
- 4.3 მენტალური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული სერვისების შესახებ ერთიანი საინფორმაციო სერვისის შექმნა (ინტერნეტ გვერდი, ტელეფონის ცხელი ხაზი)
- 4.4 ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის სერვისების განვითარება (სატელეფონო კონსულტირების სერვისი, ონ-ლაინ კონსულტირების სერვისი, ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრების ხელშეწყობა...)
- 4.5 მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა და მათი ოჯახის წევრების ადვოკატირების უნარების გაძლიერება, საადვოკაციო ჯგუფების საქმიანობის წახალისება
- 4.6 საგანმანათლებლო პროგრამების განხორციელება სხვადასხვა სამიზნე ჯგუფებისთვის (ინტერნეტ რესურსები, დაბეჭდილი მასალები, ტელე და რადიო გადაცემები, კურიკულუმები)

